

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# VIGILÂNCIA DO ÓBITO DE CAUSA NATURAL INESPECÍFICA NO BRASIL

Brasília – DF – 2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância  
de Doenças Não Transmissíveis

# VIGILÂNCIA DO ÓBITO DE CAUSA NATURAL INESPECÍFICA NO BRASIL



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis  
SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Site: [www.sau.gov.br](http://www.sau.gov.br)  
E-mail: [cgiae@sau.gov.br](mailto:cgiae@sau.gov.br)

*Ministra de Estado da Saúde:*

Nísia Verônica Trindade Lima

*Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:*

Ethel Leonor Noia Maciel

*Edição-geral:*

Letícia de Oliveira Cardoso – Daent/SVSA/MS  
Dácio de Lyra Rabello Neto – Cgiae/Daent/SVSA/MS  
Marli Souza Rocha – Cgiae/Daent/SVSA/MS  
Aglair Alves da Nóbrega – Sevo/Cgiae/Daent/SVSA/MS

*Organização:*

Adaauto Martins Soares Filho – Cgiae/Daent/MS  
Raquel Barbosa de Lima – CGFPS/Decit/MS  
Yurian Enrique Ramayo Perez – Cgiae/Daent/MS

*Colaboração:*

Aline Machado Caetano Costa – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais  
Aline Piaceski Arceno – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina  
Aliucha Magalhães Santos Fontes – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia  
Andréa de Paula Lobo – Cgiae/Daent/MS  
Barbara Rejane Machado da Cruz – Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul

Cândida Correia de Barros Pereira – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Celivane Barbosa – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Conceição Maria de Oliveira – Secretaria de Saúde do Recife  
Daniella da Silva Canabarro – Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul  
Enildo José dos Santos Filhos – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Fabiana Oliva Lima Santos – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia  
Isabela Torres Pinto – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia  
Josefa Ângela Pontes de Aquino – Secretaria de Saúde da Paraíba  
Liane Santiago Andrade – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia  
Livia Maria Gomes Lopes – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais  
Maria do Carmo dos Santos Silveira – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais  
Marta Santana Lima Pereira – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia  
Patrícia Conzatti Vieira – Secretaria de Saúde de Porto Alegre  
Vicente Augusto Jaú – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais  
Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes – Cgiae/Daent/SVSA/MS  
Yuri Munir Igor Alves Guimarães Figueiredo – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

*Editoria técnico-científica:*

Paola Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS  
Natália Peixoto Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

*Diagramação:*

Fred Lobo – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

*Revisão textual:*

Tatiane Souza – Editora MS/CGDI  
Khamila Silva – Editora MS/CGDI

*Normalização:*

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

Vigilância do óbito de causa natural inespecífica no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

81 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_obito\\_causa\\_natural\\_inespecifica.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_causa_natural_inespecifica.pdf)

ISBN 978-65-5993-618-2

1. Vigilância em saúde pública. 2. Causas de óbito. 3. Prática de saúde pública. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0050

*Título para indexação:*

Surveillance of deaths from non-specific natural causes

# LISTA DE SIGLAS

**AMI** – Autópsia Minimamente Invasiva

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CID-10** – Classificação Estatísticas Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão

**Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**AV** – Autopsia Verbal

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BO** – Boletim de Ocorrência

**CCI** – Centro de Controle de Intoxicações

**CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CRM** – Conselho Regional de Medicina

**DO** – Declaração de Óbito

**DNV** – Declaração de Nascido Vivo

**Dpoc** – Doença pulmonar obstrutiva crônica

**DataSUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**Dsei** – Distrito Sanitário Especial Indígena

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**Fioci-SVO** – Ficha de Investigação de Óbitos por Causas Inespecífica-SVO

**Fioci-H** – Ficha de Investigação de Óbitos por Causas Inespecífica-Hospitais/UPA

**CG – Garbage Code** – Código Garbage – Causa de Óbito Inespecífica

**GBD** – *Global Burden of Disease*

**GAL** – Gerenciador de Ambiente Laboratorial

**IML** – Instituto Médico Legal

**ILP** – Instituição de Longa Permanência

**IRC** – Insuficiência Renal Crônica

**LAI** – Lei de Acesso à Informação

**LGPD** – Lei Geral de Proteção de Dados

**MS** – Ministério da Saúde

**MIF** – Mulher em idade fértil

**NHE** – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PS** – Pronto-Socorro

**REDCap** – Research Electronic Data Capture

**RNSVO** – Rede Nacional de Serviço de Verificação de Óbito

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**Sesai** – Secretaria Especial da Saúde Indígena

**SVO** – Serviço de Verificação de Óbito

**Sinasc** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

**Sivep-Gripe** – Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

**Sinan** – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

**Siasi** – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

**Samu** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**VEO** – Vigilância Epidemiológica do Óbito

**Voci** – Vigilância de Óbito das Causas Naturais Inespecíficas

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>9</b>  |
| 1.1 EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO   | 10        |
| 1.2 CAUSA INESPECÍFICA DE MORTE NATURAL NO BRASIL  | 10        |
| 1.3 DEFINIÇÃO DE CAUSAS INESPECÍFICAS COMO PROBLEMA PARA A SAÚDE PÚBLICA   | 11        |
| <b>2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS</b>                                     | <b>14</b> |
| <b>3 CONDUTAS ÉTICAS E A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS</b>  | <b>16</b> |
| 3.1 DISPOSITIVOS LEGAIS DE ACESSO E PROTEÇÃO A DADOS COLETADOS NA ROTINA DA VIGILÂNCIA                           | 16        |
| <b>4 OBJETIVO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO DE CAUSA NATURAL INESPECÍFICA</b>   | <b>18</b> |
| 4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | 18        |
| <b>5 PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS</b>   | <b>19</b> |
| 5.1 RESPONSÁVEIS E COLABORAÇÃO DE OUTROS SETORES   | 19        |
| 5.2 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA   | 20        |
| 5.3 ÓBITOS SELECIONÁVEIS PARA QUALIFICAÇÃO   | 20        |
| 5.4 COMO PRIORIZAR UNIDADES NOTIFICADORAS PARA INVESTIGAÇÃO  | 20        |
| 5.5 COMO IDENTIFICAR E SELECIONAR FONTE DE DADOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE ÓBITO                    | 21        |
| 5.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE CAUSAS INESPECÍFICAS NO ÂMBITO MUNICIPAL                                  | 23        |
| 5.7 FLUXOGRAMA DA BUSCA DE DADOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE CAUSAS DE MORTE                            | 26        |
| 5.8 PREENCHIMENTO DAS CAUSAS DE MORTE NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E TREINAMENTO DO MÉDICO | 27        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.9 RECUPERAÇÃO DE DADOS NO PRONTUÁRIO HOSPITALAR  | 28        |
| 5.10 LISTA DE ITENS PARA USO NA INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR/UPA E UBS  | 30        |
| 5.11 SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DO ÓBITO: QUALIFICAÇÃO DA CAUSA   | 31        |
| 5.12 LISTA DE ITENS PARA USO NA INVESTIGAÇÃO NO SVO  | 32        |
| 5.13 ATRIBUIÇÕES DOS ENTES FEDERADOS   | 33        |
| <b>6 CONCLUSÃO: LIÇÕES E AÇÕES PARA A REDUÇÃO DA CAUSA DE MORTE INESPECÍFICA NO BRASIL</b>                                       | <b>36</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>37</b> |
| <b>APÊNDICES</b>   | <b>42</b> |
| APÊNDICE A – GUIA DE ACESSO RÁPIDO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO POR CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS (QUADRO-RESUMO)                      | 42        |
| APÊNDICE B – INSTRUTIVO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM CAUSA NATURAL INESPECÍFICA-HOSPITALAR                              | 44        |
| APÊNDICE C – INSTRUTIVO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM CAUSA NATURAL INESPECÍFICA EM SVO                                  | 58        |
| APÊNDICE D – CONCEITO DE NÍVEIS DE CAUSAS INESPECÍFICAS  | 70        |
| APÊNDICE E – PERCENTUAL DOS MUNICÍPIOS COM QUALIDADE DA CAUSA DE ÓBITO ABAIXO DO ESPERADO, SEGUNDO UF, BRASIL, TRIÊNIO 2015-2017 | 73        |
| APÊNDICE F – LISTAS DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS MAIS FREQUENTES NO BRASIL, 2018, NÍVEIS 1 E 2                              | 74        |
| APÊNDICE G – MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS REGISTROS DO ESTABELECIMENTO  | 76        |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>77</b> |
| ANEXO A – LISTA DE CAUSAS PRESUMÍVEIS DE ÓBITO MATERNO   | 77        |
| ANEXO B – NOTA TÉCNICA N.º 68/2023 QUE DISPÕE SOBRE ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PARCERIA DE TRABALHO ENTRE AS EQUIPES DO SIM E NVEH  | 79        |

# APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Cgiae/Daent/SVSA), apresenta o *Manual de Vigilância do Óbito de Causa Natural Inespecífica no Brasil*.

O diagnóstico dos perfis de mortalidade da população brasileira é possível devido ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que tem como objetivo captar todos os óbitos, incluindo os fetais, que ocorrem no território nacional, bem como suas causas e principais características. Acresce que os dados obtidos por meio do SIM se destacam por serem essenciais para a tomada de decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de intervenções baseadas em evidências e relacionadas com as singularidades de cada território.

Nos últimos 20 anos, o trabalho das equipes de vigilância do óbito resultou em avanços na cobertura do SIM, na redução de causas mal definidas e das disparidades regionais na qualidade dos dados de mortalidade. No entanto, o desempenho do SIM é afetado fortemente pela quantidade de causas inespecíficas de morte, também denominadas de *garbage codes*, ou causas pouco específicas para uso na saúde pública, tais como insuficiências cardíaca e respiratória, septicemia, hipertensão, neoplasias não especificadas, entre outras. Em 2019, o Brasil classificou 33,7% das mortes como causas naturais inespecíficas. A magnitude dessas causas interfere no padrão de mortalidade e compromete, em certa medida, a adoção de respostas adequadas ao sistema de saúde.

Nesse contexto, este Manual dedica-se à recomendação de estratégias para a qualificação das causas de morte naturais inespecíficas fundamentada, principalmente, na sua magnitude. Ações prioritárias de qualificação das causas inespecíficas de morte resultaria em impacto de até 81% no desempenho do SIM. Além disso, traz orientações para o monitoramento e a investigação desses óbitos.



Quanto à melhoria do registro das causas externas, outra publicação deste Ministério da Saúde trará orientação de processos relacionados. Para os óbitos com causa básica mal definida de ocorrência domiciliar, recomenda-se a utilização do *Manual para investigação de óbitos com causa básica mal definida*, publicado em 2009, assim como as fichas de investigação.

Por fim, espera-se que este Manual seja útil e amplamente divulgado, a fim de apoiar na melhoria da qualidade da informação sobre causas de morte no Brasil e fortalecer o SIM.

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Ministério da Saúde

# 1 INTRODUÇÃO

A informação é um poderoso recurso em todas as áreas de trabalho, e seu uso é altamente estratégico na saúde. Dados de mortalidade são potentes para análise de cenários, orientação de decisões e monitoramento da situação de saúde nos diferentes territórios<sup>1</sup>. Informam o perfil demográfico e as causas de adoecimento na população que conduziram ao óbito. O conhecimento detalhado dessas causas é importante para definição de políticas públicas de saúde e vigilância epidemiológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo das vigilâncias da mortalidade fetal, infantil, materna, de mulheres em idade fértil e por causas não esclarecidas<sup>2,3</sup>.

O Brasil notificava anualmente cerca de 1,3 milhão de registros no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) nos anos prévios à pandemia de covid-19<sup>4</sup>, quando ocorreu incremento importante do número de óbitos. De modo geral, os dados são de alta qualidade e capazes de produzir conhecimento sobre a situação de mortalidade do País<sup>5</sup>.

O SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) na década de 1970. Em mais de 40 anos de dados sistematicamente registrados sofreu modificações, sobretudo em decorrência dos avanços tecnológicos e para atender a mudanças de versões da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Modificações no SIM representaram um avanço na concepção dos sistemas de informação de saúde ao permitir padronização/unificação nacional do modelo de Declaração de Óbito (DO) e descentralização/agilidade na coleta e no processamento dos dados de mortes nas diversas localidades do País, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>6</sup>.

Nas últimas duas décadas, o trabalho das equipes de vigilância epidemiológica da mortalidade do País resultou em avanços substanciais de cobertura (97%)<sup>7</sup>, redução de causas mal definidas (CMD) (<6%)<sup>8</sup> e suavização de disparidades regionais na qualidade dos dados no Brasil<sup>9,10</sup>. Apesar disso, a qualidade das estatísticas sobre mortalidade é ainda questionada, uma vez que é registrado expressivo volume de causas implausíveis ou insuficientemente específicas para uso na saúde pública, a exemplo das insuficiências cardíaca e respiratória, septicemia, hipertensão e neoplasias não especificadas. Conhecidas internacionalmente como *garbage codes*<sup>8</sup>, a magnitude dessas causas prejudica a identificação do verdadeiro padrão de mortalidade, afetando respostas adequadas do sistema de saúde.

Este Manual se dedica à recomendação de estratégias para a qualificação das causas de morte naturais inespecíficas fundamentada, principalmente, na sua magnitude.

## 1.1 EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A DO é o formulário padrão e o documento base de coleta de dados do SIM<sup>11</sup>. Nela consta o bloco V “Condições e causas do óbito”, em que o médico deve registrar as causas de morte numa sequência lógica, escrevendo a causa básica na última linha da **parte I** e as causas contribuintes na **parte II**. De uso obrigatório, o seu preenchimento é necessário à lavratura da Certidão de Óbito, que é indispensável às formalidades legais do sepultamento<sup>12</sup>. As causas declaradas pelo médico recebem um código da CID-10 que são preenchidas pelo codificador na instância de gestão municipal ou regional do SIM, no qual serão aplicadas as regras para a seleção da causa básica do óbito.

O Conselho Federal de Medicina (Resolução n.º 1.779, de 11 de novembro de 2005)<sup>13</sup> e o Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009)<sup>14</sup> regulamentam a responsabilidade médica na emissão da DO, preferencialmente o médico responsável pelo atendimento da pessoa em tratamento hospitalar, ambulatorial/Unidade Básica de Saúde e/ou domiciliar. O médico assistente cumpre papel importante no preenchimento mais completo das causas de morte natural com assistência médica.

Causas naturais são expressas por condições próprias da biologia dos indivíduos, resultante da idade (Parkinson, Alzheimer), estilo de vida (diabetes, doenças cardíacas, neoplasias), agente infeccioso ou suas toxinas (doenças transmissíveis), e excluem, por definição, causas externas.

A Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito possui atribuições objetivas no esclarecimento das causas de morte natural sem assistência médica ou com assistência médica sem elucidação diagnóstica. Outra atribuição destes serviços é conceder absoluta prioridade ao esclarecimento da causa básica da morte dos eventos de interesse da Vigilância Epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde<sup>15,17</sup>.

Outras informações estão disponíveis em publicações do Ministério da Saúde sobre a importância da Declaração de Óbito<sup>11</sup> e o seu preenchimento<sup>18</sup>.

## 1.2 CAUSA INESPECÍFICA DE MORTE NATURAL NO BRASIL

Em 2019, o Brasil registrou 33,7% de óbitos com causa natural inespecífica<sup>4</sup>. Há, portanto, ampla margem para melhoria do diagnóstico da causa básica a fim de alcançar maior acurácia nos dados de mortalidade no País<sup>11,19</sup>. O aprimoramento desse tipo de causa é um enorme desafio que deve considerar diferenças locais e regionais na estruturação da Atenção e Vigilância em Saúde e/ou vazios assistenciais, inclusive de Serviços de Verificação do Óbito (SVO).

No âmbito local, a frequência de causas inespecíficas indica múltiplas inadequações no sistema de saúde, tais como: falhas no fluxo de dados entre os serviços e setores da unidade hospitalar; maior complexidade de eventos que envolvem urgências e interações longas; e dificuldades no acesso a resultados de exames e de integração entre a Vigilância Epidemiológica municipal e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia ou estruturas semelhantes (Comissões de Revisão de Óbito, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH). Há, ainda, fragilidades na prática médica na aplicação das regras de preenchimento do Bloco V – “Condições de causas do óbito” da DO<sup>8</sup>, que obriga a árdua tarefa adicional de recuperação de dados. O aperfeiçoamento desses processos pode gerar impacto substancial na diminuição de causas inespecíficas entre os registros no SIM.

### 1.3 DEFINIÇÃO DE CAUSAS INESPECÍFICAS COMO PROBLEMA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Intervenções em saúde pública são mais eficazes ao atuar na prevenção da doença inicial da sequência de eventos que conduziu à morte, instituindo a cura ou interrompendo-a em algum ponto. Por isso, a causa básica de morte é uma informação fundamental para orientar a elaboração de políticas de saúde. Complicações da causa básica são chamadas causas intervenientes (intermediárias) e, por fim, tem-se a causa terminal ou direta da morte<sup>18</sup>.

Quando há limitações na abrangência e na especificidade das causas de morte na DO, a causa básica esclarece pouco a situação de saúde da população, prejudicando práticas mais acertadas de Atenção e Vigilância em Saúde. Esse tipo de causa, denominado internacionalmente *garbage codes*<sup>j</sup>, neste documento é nomeado causa básica inespecífica.

Causas básicas inespecíficas e improváveis são diagnósticos de óbito contidos nos diferentes capítulos da CID-10, selecionados como causa básica de óbito por falta de informação sobre a real causa básica, aquela que desencadeou a sequência de causas que resultou na morte, no atestado das causas, ou por erro do médico na organização da sequência que resultou no óbito neste espaço da Declaração de Óbito. Alguns erros de sequência são corrigidos pelas regras de seleção de causa de morte. Não é o caso dos registros que permanecem com causa inespecífica selecionada como causa básica. Portanto, são causas pouco específicas para se pensar a prevenção de morte prematuras<sup>19</sup>.

<sup>18</sup>Lista completa de *garbage codes* é a que consta na publicação do estudo GBD-2019<sup>20</sup>, disponibilizada na página eletrônica do IHME: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-cause-icd-code-mappings>. Exclui-se dessa lista o B34.2 com o marcado U (U07.1, U07.2 ou U92.1), que no Brasil é definido como covid-19.

Causas básicas inespecíficas de morte natural mais frequentes no Brasil, conforme níveis de especificidade, de maior para menor gravidade de impacto<sup>ii</sup> nas políticas públicas, representam 88,7% de todos os casos:

#### Nível 1:

- Capítulo XVIII da CID-10 (R00-R99, exceto R95).
- Afecções triviais improváveis de causar a morte (ver Apêndice do volume 2 da CID-10).
- Insuficiência cardíaca (I50) e cardiopatias/doenças cardíacas não especificadas (I51).
- Septicemias (A40-A41).
- Insuficiência renal aguda (N17) e não especificada (N19).
- Embolia pulmonar (I26).
- Pneumonite devida a sólidos e líquidos (J69).
- Insuficiência respiratória (J96).
- Morte súbita cardíaca (I46.1)<sup>iii</sup>.
- Insuficiência hepática (K72).
- Outras anemias (D64) e peritonite (K65).

#### Nível 2:

- Hipertensão essencial (I10).
- Hemorragias digestivas (K92, exceto K92.8).
- Edema pulmonar não especificado (J81).
- Embolia e trombose arteriais (I74).

#### Nível 3:

- Neoplasias não especificadas (C26, C55, C76, C78, C79, C80).
- Doenças respiratórias crônicas inespecíficas (J98).

---

<sup>ii</sup>Níveis 1 e 2 são os mais prejudiciais por serem menos específicos, portanto, os principais. Conceito e exemplificação de níveis de gravidade estão no Apêndice D.

<sup>iii</sup>No Brasil, o protocolo de codificação orienta codificar a parada cardíaca (I46), exceto o I46.1, em R09.2 (insuficiência cardiorrespiratória).

#### Nível 4:

- Pneumonia inespecífica (J15.9, J18).
- Acidente vascular cerebral (AVC) não especificado, incluindo sequelas (I64, I67.4, I67.9, I69.4, I69.8).
- Diabetes não especificado (E14).

Uma causa inespecífica de morte pode ser informada na DO desde que acompanhada de causas bem definidas e numa sequência lógica e correta de preenchimento que não prejudique a definição da causa básica<sup>16,18</sup>. Essa ressalva não pode ser aplicada aos eventos improváveis de ser causa de morte por si só, a exemplo de transtornos mentais devidos ao uso de fumo (F17), síndrome de imobilidade/paraplégica (M62.3), miíase (B87), parapsoríase (L41), entre outros<sup>iv</sup>.

O SIM é classificado com alta qualidade para 2019 (Índice de Desempenho = 77%)<sup>v</sup>. Contudo, com a finalidade de atender a maioria das necessidades das políticas de saúde, deve ser aperfeiçoado a muita alta qualidade geral dos dados ( $\geq 85\%$ )<sup>19</sup>. Entre os cinco componentes que esse índice combina, o desempenho do SIM é afetado fortemente pela quantidade e pelo tipo de causas inespecíficas de morte. Melhor performance do SIM depende, portanto, de ações prioritárias de qualificação das causas inespecíficas de mortalidade, que resultaria em um Índice de Desempenho de até 81%.

Este documento, dedica-se à recomendação de estratégias para a qualificação nacional das causas naturais inespecíficas de mortalidade, fundamentada em sua intensidade, extensão da gravidade para a saúde pública e fatores contribuintes para a manutenção nas distintas regiões do País<sup>9</sup>.

---

<sup>iv</sup>O GBD tem uma lista própria dessas causas, verificável na saída de resultados da ferramenta ANACONDA. Enquanto, a OMS disponibiliza uma lista própria nos anexos da CID-10, volume 2<sup>21</sup>.

<sup>v</sup>O aplicativo ANACONDA, entre outros recursos, oferece o VSPI e classifica os dados de mortalidade conforme os níveis de gravidade de causas inespecíficas, listando esses códigos. Mais detalhes sobre a ferramenta acessar a página da Cgiae/MS: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/aplicativos/anaconda/>.

## 2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS

A institucionalização da vigilância do óbito por causas naturais inespecíficas (Voci) depende primeiramente da padronização nacional de recomendações capazes de orientar ações coordenadas à vigilância do óbito em atividades de monitoramento e esclarecimento das causas de morte. Ao mesmo tempo, disponibilizar instrumentos e instrutivos para subsidiar a recuperação sistematizada de dados nas distintas fontes notificadoras de óbitos para redução das causas inespecíficas no País.

A iniciativa de instituir a Voci deve envolver as três instâncias de gestão da Vigilância Epidemiológica do SUS, durante o processo de consolidação dos dados no âmbito local. Portanto, constitui-se em passo importante de qualificação das causas inespecíficas de distintos capítulos da CID-10.

A vigilância do óbito tem competências definidas para todos os entes federados na gestão dos dados de óbitos no Brasil, visando melhor performance das estatísticas de mortalidade. A captação das DOs emitidas, a confiabilidade dos dados preenchidos e a qualificação das causas de morte no SIM envolvem vários trabalhadores em diferentes etapas da produção dos dados, que vão desde a distribuição do formulário ao resgate e atualização de dados no sistema<sup>14</sup>. A vigilância epidemiológica do óbito compreende, portanto, tanto aqueles que lidam com a recuperação de dados na investigação do óbito como a gestão do SIM. O trabalho colaborativo dessas equipes é fundamental para reduzir a frequência de causas naturais inespecíficas.

O trabalho de Voci pode ser mais efetivo se apoiado pela equipe estadual de vigilância do óbito e gestão do SIM com organização e execução local em parceria das vigilâncias epidemiológicas municipal e hospitalares, e ainda os Serviços de Verificação do Óbito. A integração das equipes de Vigilância Epidemiológica propicia identificar oportunamente os fatores que contribuem para a emissão de DO com esse perfil. Espera-se, com essa iniciativa, potencializar respostas e ajustes, otimizando a busca por resultados que revertam essa condição.

Importante destacar que prontuários hospitalares e ambulatoriais usualmente permitem reconstruir a história do falecido e identificar a cadeia de eventos que contribuíram para a morte<sup>22</sup>. Contudo, nem sempre resultam em DO com preenchimento completo das causas de morte, uma vez que nem sempre o médico, por razões diversas anota na DO causas presentes nos registros prévios do prontuário do falecido. A investigação é uma atividade voltada a resgatar informação omitida devido a essas lacunas no processo de registro das causas da morte. Ao mesmo tempo, faz-se urgente a implementação de ações que reduzam esse problema na fonte notificadora responsável pelo atendimento, por meio de aprimoramento da comunicação e formação dos médicos.

Ressalta-se que a consulta da equipe de Vigilância Epidemiológica a dados do indivíduo em prontuários dependerá de acordos com os gestores das unidades notificadoras (hospitais/UPA/SVO/UBS), bem como de regras definidas de acesso que facilitem o compartilhamento seguro e oportuno dos dados, garantindo a privacidade de dados pessoais do falecido<sup>23</sup>. A coleta qualificada desses registros, por meio de formulários estruturados (procedimentos realizados, início dos sintomas, evolução clínica e assistência recebida), orienta a captura de elementos-chaves.



## 3 CONDUTAS ÉTICAS E A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

O acesso a registros oficiais requer que o agente público observe a legislação brasileira sobre cuidados éticos com dados pessoais. A recuperação de dados na investigação de óbitos em prontuários, laudos e exames exige conduta ética dos envolvidos na atividade. Quando bem conduzido, o uso epidemiológico de dados permite conhecer o quadro de saúde de um determinado local, mantendo a proteção e o sigilo à intimidade do indivíduo, dos profissionais e do estabelecimento.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), em seu art. 7º, prevê hipótese de tratamento e uso compartilhado de dados pessoais pela Administração Pública necessários à execução de políticas públicas formalmente instituídas, sendo exclusivamente para a tutela da saúde em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária. Esse tipo de tratamento independe de consentimento do titular e deve respeitar regras previstas na LGPD<sup>23</sup>.

O prontuário é a fonte para a transcrição de dados guiada pelo formulário de investigação, sujeita à adequada guarda para evitar exposição a pessoas não autorizadas. É necessária a separação prévia dos registros para consulta, sem a retirada do estabelecimento, com a devida identificação institucional. O envio de ofícios (Apêndice G) e/ou ter os acordos de compartilhamento de dados, fortalece essa cooperação e facilita a segurança. Observar os cuidados com senhas de acesso pessoal quando consultar prontuários eletrônicos ou aplicativos correlatos.

### 3.1 DISPOSITIVOS LEGAIS DE ACESSO E PROTEÇÃO A DADOS COLETADOS NA ROTINA DA VIGILÂNCIA

Todo o instrumental oferecido pela vigilância deve respeitar o uso e a proteção do conjunto de dados dos usuários registrados no SIM, demais sistemas e serviços de saúde, conforme legislação em vigor.

Dados pessoais<sup>vi</sup> não são públicos e são de acesso restrito à pessoa a que eles se referem e ao agente público legalmente autorizado<sup>vii</sup>, segundo a Lei de Acesso à Informação (n.º 12.527, 18 de novembro de 2011)<sup>24</sup>, regulada pelo Decreto n.º 7.724, 16 de maio de 2012<sup>25</sup>. A conduta do agente público será considerada ilícita quando utilizar indevidamente dado sigiloso ou pessoal que se encontre sob sua guarda ou a que tenha acesso em razão do exercício de suas atribuições.

A LGPD (n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018) trata de dados pessoais com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade. Recomenda-se conhecer o curso sobre a LGPD (<https://www.escolavirtual.gov.br/curso/153>) e o *Guia de Boas Práticas da LGPD*<sup>viii</sup>.

A Política Nacional de Segurança da Informação (PNSI – Decreto n.º 9.637, 26 de dezembro de 2018), que também abrange a proteção de dados organizacionais, afirma o dever dos órgãos, das entidades e dos agentes públicos de garantir a inviolabilidade da intimidade da vida privada, da honra e da imagem das pessoas<sup>26</sup>.

---

<sup>vi</sup>Dados Pessoais: representação de fatos, juízos ou situações referentes a uma pessoa física ou jurídica, passível de ser captada, armazenada, processada ou transmitida, por meios informatizados ou não, que permitam a identificação da pessoa e possam ser associados a outros dados referentes a endereço, idade, raça, opiniões políticas, religiosas, crenças, ideologia, saúde física, saúde mental, vida sexual, registros policiais, assuntos familiares, profissão e outros que a Lei assim o definir, não podendo ser divulgados ou utilizados para finalidade distinta da que motivou a estruturação do banco de dados, salvo por ordem judicial ou com anuência expressa do titular ou seu representante legal.

<sup>vii</sup>Agentes públicos legalmente autorizados são os servidores da gestão ou área saúde que necessitam desses dados para a realização de suas atividades, decorrentes das competências legais próprias da carreira ou do órgão público do qual os agentes fazem parte.

<sup>viii</sup>*Guia de Boas Práticas para a Implementação da LGPD* – [https://www.gov.br/governodigital/pt-br/seguranca-e-protecao-de-dados/guias/guia\\_lgpd.pdf](https://www.gov.br/governodigital/pt-br/seguranca-e-protecao-de-dados/guias/guia_lgpd.pdf).

## 4 OBJETIVO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO DE CAUSA NATURAL INESPECÍFICA

Recomendar ações de vigilância do óbito que favoreçam reduções de causas inespecíficas de morte natural no território nacional, resultando em maior especificidade da causa básica de morte no SIM.

### 4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Intensificar a revisão dos registros com causa básica de morte inespecíficas pela gestão do sistema nas etapas de processamento dos dados, identificando erros de digitação e codificação que promovam a atualização dos dados, como fase anterior à investigação.

Qualificar a causa de morte a partir da investigação coordenada pelas vigilâncias epidemiológicas estaduais, do Distrito Federal e municipais, em colaboração com diversos atores, como a vigilâncias epidemiológica hospitalar, por meio de consulta aos registros clínicos de indivíduo atendido em unidades notificadoras consideradas prioritárias.

Favorecer atividades de qualificação da causa básica em hospitais ou outras unidades notificadoras com elevada frequência da emissão de DO com causa básica inespecífica, a fim de buscar adequação dos serviços quanto ao correto preenchimento desse documento.

# 5 PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS

O registro de causas no SIM deve ser validado durante a revisão do processamento e a análise de consistência, e complementado por recuperação de dados na investigação das causas inespecíficas. Sugere-se à gestão do SIM definir responsáveis para revisar inconsistências e possíveis erros de digitação, codificação e seleção da causa básica. Após essa etapa inicial de qualificação e atualização do dado, serão selecionados os registros de causa natural inespecífica que permaneceram elegíveis para recuperação das causas de morte em bases de dados secundárias dos SIS e dos documentos nas unidades notificadoras (Figura 1).

Antes da investigação de óbitos, deve-se definir as unidades notificadoras prioritárias, pontos focais para realização da atividade e etapas organizadas de recuperação de dados. A investigação em estabelecimentos com alta incidência de casos estabelece uma rotina de visita e acesso aos registros que permite envolver a equipe local na identificação das razões para a emissão de DO sem causa definida e corrigir falhas (Apêndice A).

## 5.1 RESPONSÁVEIS E COLABORAÇÃO DE OUTROS SETORES

Ações para o aprimoramento da qualidade do dado de eventos vitais são atribuições das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (Portaria n.º 116/2009). A Vigilância Epidemiológica, por meio da Vigilância de Óbito e Gestão do SIM, fica responsável pela organização deste trabalho<sup>14</sup>.

A qualificação do processamento dos dados é de execução da gestão do SIM municipal, e a busca de dados em outros sistemas de informações pode ser realizada com recursos próprios do local ou com apoio do estado. Óbitos de residentes ocorridos no próprio município é uma atribuição da Vigilância Epidemiológica local. Para DO emitidas fora do município de residência na sede dos hospitais ou SVO (município digitação), recomenda-se intermediação do estado (SES) entre as vigilâncias epidemiológicas dos municípios de residência e de emissão da DO, assim como da unidade notificadora hospitalar ou SVO, e com o seu município sede (digitação) para o fluxo de dados da investigação e sua atualização no SIM.

## 5.2 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA

Recomenda-se que a equipe de investigação seja composta por trabalhadores da saúde com experiência ou treinamento na recuperação de dados em prontuários ou outros registros de saúde. Bem como conhecimentos sobre a LGPD e discrição ao acessar dados sigilosos.

É aconselhável, sempre que possível, um médico de referência no apoio das discussões de resultados provenientes das investigações, contribuindo na reconstrução do atestado. Pode-se articular com os serviços prioritários a participação de médicos da própria unidade.

## 5.3 ÓBITOS SELECIONÁVEIS PARA QUALIFICAÇÃO

Os registros a serem consultados serão óbitos de causa natural inespecífica de indivíduos de qualquer idade emitidos por hospitais/UPA e Serviços de Verificação de Óbito (SVO), e/ou acompanhados em UBS. Uma lista das causas básicas inespecíficas mais frequentes no Brasil, com seus respectivos códigos da CID-10, foi apresentada no subitem “Definição de causas naturais inespecíficas” do Capítulo 1 deste documento.

Recomenda-se a seleção de casos por gravidade com prioridade para as causas com menor especificidade (níveis 1 e 2). Bem como os níveis 3 e 4 de importância epidemiológica no País, a exemplo das neoplasias, do AVC e de diabetes não especificados (ver o conceito de níveis de causas inespecíficas no Apêndice D, e a lista das causas mais frequentes no Brasil no item 1 deste documento). Cada estado pode estabelecer suas prioridades, conforme necessidades locais.

Causas presumíveis de óbito materno em mulher em idade fértil-MIF são prioritárias no escopo das causas inespecíficas (Anexo A). Embora a responsabilidade pela investigação do óbito em MIF seja da vigilância do óbito materno/MIF (Portaria GM/MS n.º 1.119, de 5 de junho de 2008)<sup>27</sup>, recomenda-se, quando couber e sempre que possível, que o trabalho seja realizado de forma coordenada com a vigilância das causas inespecíficas.

## 5.4 COMO PRIORIZAR UNIDADES NOTIFICADORAS PARA INVESTIGAÇÃO

Deve-se focar o trabalho em estabelecimentos com maior volume de casos e de mais fácil acesso a dados, como um serviço de arquivo de prontuário organizado ou registros digitais, núcleo de epidemiologia e adepto ao compartilhamento de dados. Em certas localidades pode ocorrer frequência importante de causas mal definidas (CMD) atestadas pelos Institutos Médicos Legal (IML), podendo estes serviços se constituírem, paradoxalmente, em uma fonte de investigação de óbito por causas naturais. O *Manual para*

*Investigação de Óbitos com Causa Básica Mal Definida* (capítulo XVIII da CID-10) com ocorrência domiciliar, publicado pelo Ministério da Saúde, permanece em vigor, assim como suas fichas de investigação<sup>28</sup>.

## 5.5 COMO IDENTIFICAR E SELECIONAR FONTE DE DADOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE ÓBITO

A recuperação de dados para esclarecimento de causas inespecíficas no SIM envolve a Vigilância Epidemiológica e os serviços que atenderam o indivíduo em vida ou após o óbito. A Vigilância em Saúde municipal obtém maior sucesso com menor esforço ao racionalizar etapas de resgate de dados em distintas fontes de dados secundárias e primárias. Assim, depende da parceria com NHE e estruturas similares (CCIH, comissões de revisão de óbito) de hospitais/UPA, SVO e UBS, Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Em óbito sem assistência, pode-se usar como último recurso a entrevista domiciliar.

O desafio inicial diz respeito às escolhas e por onde começar o trabalho, considerando as múltiplas fontes e seus potenciais e limitações. O perfil do caso pode direcionar o investigador nessa busca.

A recuperação de dados pode ser agrupada em: i) fontes secundárias de dados de sistemas de informações; e ii) de campo em documentos e fontes de dados primários, segundo exemplos a seguir:

### i. Recuperação de dados em fontes secundárias de sistemas oficiais<sup>ix</sup>

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- Sistema de Informações sobre Internações (SIH).
- Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).
- e-SUS Notifica e e-SUS APS.
- Sistemas de Registros Laboratoriais, como o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).
- Sistema de Registro de Radiologia e Tomografias Estaduais.
- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

---

<sup>ix</sup>Dados secundários são aqueles já existentes e reutilizados com outro propósito.

- Registro hospitalar de câncer.
- Formulário de Notificação REDCap, e outras.

## ii. Investigação de campo em documentos e fontes de dados primários<sup>x</sup>

- Prontuário clínico hospitalar/UPA e ambulatorial/UBS.
- Laudos de necropsias e outras fontes.
- Possivelmente, livros de registro de funerárias e sobre sepultamentos.
- Entrevista/questionário com profissionais de saúde envolvidos na assistência direta ao caso que evoluiu para óbito.
- Entrevista/questionário com familiares e/ou responsáveis.

O pareamento de registros do SIM com outras bases de dados (Sinasc, Sinan, SIH, SVO e outros) apresenta potencial de recuperação de dados sobre causas de morte, poupando esforço, tempo e recursos. O procedimento de relacionamento de base de dados exige a elaboração de um Plano de Vinculação de Dados. Minimamente, listagem de bases a serem pareadas; variáveis consideradas no pareamento dessas bases; e variáveis que devem constar da base final pareada úteis para o esclarecimento das causas inespecíficas.

Quando o relacionamento de bases de dados não for suficiente, será necessário empregar a etapa de investigação de campo em fontes primárias (Hospital/UPA, SVO e UBS). Quando essas etapas não permitirem o aperfeiçoamento dos dados de mortalidade; como último recurso, pode ser efetuada entrevista domiciliar, empregando instrumentos próprios para esses casos<sup>30</sup>.

O planejamento das etapas de investigação de um óbito, a análise e a conclusão devem acontecer em tempo oportuno, atualizando os dados no SIM antes de sua publicação final pelo gestor federal<sup>14</sup>. A recuperação de dados deve focar a busca por elementos sobre o caso, a evolução e as condutas, adicionando-se eventos relevantes capazes de subsidiar o esclarecimento da causa de morte. Deve ser evitada a inclusão de doenças adquiridas ao longo da vida que não haja qualquer relação com o evento que causou a morte.

---

<sup>x</sup>Dados primários são aqueles coletados especificamente para os objetivos da vigilância.

## 5.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DE CAUSAS INESPECÍFICAS NO ÂMBITO MUNICIPAL

A gestão municipal pode implementar o conjunto ou parte das estratégias mais pertinentes ao contexto local, dependendo da capacidade operacional da equipe, da dinâmica de processamento do registro no município e do envolvimento de serviços parceiros (Apêndice A).

Proposta de etapas da recuperação de dados para a reclassificação das causas inespecíficas de morte natural no Brasil (Figura 1):

### I. QUALIFICAÇÃO DO PROCESSAMENTO DOS DADOS NO SIM

- **Selecionar** registros no SIM com causa natural inespecífica de qualquer idade para DO emitida no município.
- **Revisar** possíveis **erros no processamento dos dados** (digitação ou codificação): comparar causas registradas na via branca (primeira via) da DO original com o dado registrado no SIM. Caso encontre divergências, separar as DOs físicas para revisão da codificação e digitação. Erros confirmados, realizar correção e atualização do registro no SIM local. Erros de codificação são mais comuns entre codificadores iniciantes de causas por neoplasias e externas.

Nessa etapa, recomenda-se **analisar causa múltipla**, tanto para verificação de inconsistências como para melhor definição da causa básica de morte, incluindo a MIF com morte materna presumível, que é de responsabilidade da vigilância do óbito materno<sup>xi</sup>.

- Atualizar os casos corrigidos na base de dados do SIM.

### II. RECUPERAÇÃO DE DADOS EM BASES DE DADOS SECUNDÁRIAS

- Após as etapas iniciais, se os casos ainda forem elegíveis, recomenda-se o **pareamento do SIM com outros registros dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS)**, começando por bases de dados sob gestão da Vigilância Epidemiológica. Casos que resultarem na reclassificação das causas devem ser atualizados no SIM.

---

<sup>xi</sup>Assim chamada por ser uma causa básica que “esconde” uma causa relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, não constando na Declaração de Óbito por falhas no seu preenchimento (Anexo A – Lista de causas presumíveis de óbito materno)<sup>29</sup>.



### III. RECUPERAÇÃO DE DADOS DE CAMPO

#### a. Busca em serviços de saúde

- Após as etapas I e II, os registros que permanecerem com causa básica inespecífica são elegíveis para a investigação de campo: sugere-se selecionar **hospitais/UPA com maior volume de emissão da DO com essas causas**. O ideal é realizar essa atividade em parceria interinstitucional, em particular com a Vigilância Epidemiológica hospitalar. Esses hospitais também são prioritários para a promoção do preenchimento correto da DO junto à gestão e ao corpo técnico.
- Quando necessário, acessar **prontuário ambulatorial** de indivíduos acompanhados pela Rede de Atenção Primária (UBS/ESF) e/ou especializada (centros de referência).
- O **SVO é fonte elegível do município sede na investigação**. Essa é uma oportunidade para ajustar fluxos de dados e integração das vigilâncias epidemiológicas do SVO e município.
- Na sequência, **extrair lista de óbitos elegíveis** para investigação em unidades notificadoras selecionadas (hospital/UPA, ambulatório/UBS, SVO). Após investigação, arquivar listas para controle e verificação da atualização no SIM, evitando o reenvio do mesmo caso para nova investigação.
- **Preparar formulários para a investigação**: anexar à ficha de investigação cópia da primeira via da DO original selecionada para investigação.
- **Utilizar as fichas padrão de investigação** correspondentes a cada caso: ficha de investigação de óbito hospitalar (Fioci-H) e ambulatorial (bloco UBS da ficha IOCMD), e ficha de investigação de óbito dos serviços de verificação do óbito (Fioci-SVO).

#### b. Entrevista domiciliar

- A **entrevista domiciliar é o último recurso** a ser utilizado na recuperação de dados sobre a causa do óbito devido à complexidade e à logística da realização da autópsia verbal. Utilizar os formulários específicos para causas mal definidas existentes. E, se necessária, deve ser única e respeitar o momento de luto da família.

### IV. QUALIFICAÇÃO DOS DADOS NO SIM: ORIENTAÇÕES GERAIS

- Casos que permanecerem com a causa básica inespecífica após investigação devem ser contabilizados e sinalizados para que não sejam reenviados para nova investigação (marcar no SIM local como óbito investigado e inserir a data e a fonte de investigação).
- Proceder a entrada dos achados no SIM à medida que as investigações forem concluídas, favorecendo a oportunidade e avaliação dos resultados.

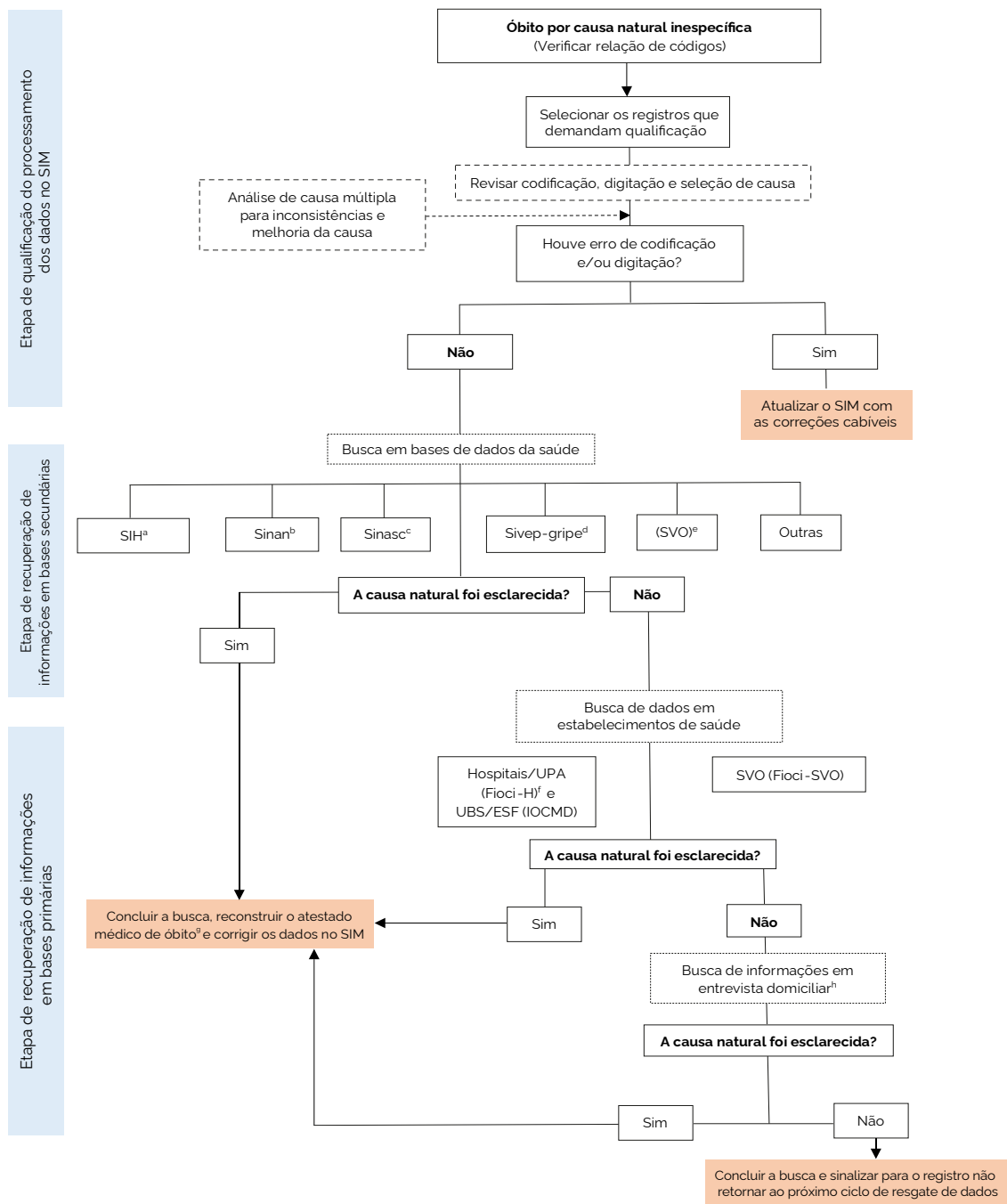
- É aconselhável contar com a presença de um codificador e de um médico de referência no apoio das discussões de resultados provenientes das investigações, contribuindo na reconstrução do atestado. Pode-se articular com os serviços prioritários a participação de médicos da própria unidade.
- Após nova codificação das causas, enviar as fichas revisadas junto com a cópia da via branca da DO para o digitador do SIM alterar no sistema, conforme o fluxo local. Por fim, seguir recomendações de transmissão dos dados aos demais níveis de gestão do SIM (local, estadual e nacional).
- Após as devidas alterações no sistema, arquivar as fichas que geraram mudança na causa de morte ou outras alterações relevantes que devem ser anexadas às primeiras vias da DO original.
- Sugere-se padronizar as variáveis na lista para coleta de dados dos casos em investigação, tais como: Número da DO; Nome do falecido; Nome da mãe; Sexo; Data do óbito; Data de nascimento; Causas de morte descritas no bloco V da DO (**parte I e II**).

**Importante:** para a avaliação de reclassificação da causa básica de morte, a gestão do SIM deve garantir a digitação prévia das causas declaradas pelo médico atestante na DO e a sua atualização após etapas de qualificação das causas naturais de morte e codificação. É essencial que, ao editar a DO para revisar suas causas no sistema, responder “Sim” à pergunta “óbito investigado?” feita logo ao iniciar a edição da DO. Este procedimento fará com que o campo CAUSABAS\_O mantenha a causa original, e o campo CAUSABAS, assuma o conteúdo da nova causa básica. O mesmo acontece para cada linha em relação as causas mencionadas no atestado original e final (campos LINHAA, LINHAB, LINHAC, LINHAD e PARTEII). Isso viabiliza a comparação da causa declarada no registro original com a causa básica “final”, refletindo o esforço da equipe local, e ajudando a identificar padrões de erros dos médicos de determinados serviços, facilitando propor estratégias mais potentes para sua correção. Além de marcar no SIM que o óbito foi investigado, inserir data e fonte(s) da investigação.

A vigilância das causas inespecíficas de óbito propiciará também a identificação de fatores relacionados à sua ocorrência, possibilitando a implementação de medidas para a redução.

## 5. 7 FLUXOGRAMA DA BUSCA DE DADOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE CAUSAS DE MORTE

Figura 1 – Proposta de etapas da recuperação de dados para a qualificação e a reclassificação das causas inespecíficas de morte natural no Brasil



Fonte: elaboração própria.

Obs. 1: a busca de dados de campo e o uso de fontes secundárias são complementares, subsidiando o esclarecimento das causas que levaram ao óbito.

Obs. 2: embora a investigação do óbito de MIF seja de responsabilidade da vigilância do óbito materno (Portaria n.º 1.119/2008), recomenda-se, quando couber, que o trabalho seja realizado de forma coordenada com a vigilância das causas inespecíficas.

Obs. 3: caso seja identificado um erro de codificação na primeira etapa do fluxo e após a correção do erro a causa permaneça como inespecífica, deve-se seguir o fluxo de correlação com as demais bases secundárias.

<sup>a</sup>Sistema de Informações Hospitalares: potencial para recuperação de causas de internação na autorização de internação hospitalar (AIH), inclusive de mulher em idade fértil (MIF) por meio dos procedimentos obstétricos (parto normal, parto alto e baixo risco, curetagem/aborto).

<sup>b</sup>Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) – recuperar dados de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

<sup>c</sup>Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – recuperar dados de MIF, se mãe de nascido vivo no último ano.

<sup>d</sup>O Sivep-Gripe possui dados sobre os casos de síndrome respiratória aguda grave: recuperar dados da evolução do caso (variável 67) registrada como óbito no bloco de Conclusão para causa inespecífica; e de MIF registrada como gestante (variável 11) no bloco “Dados da Paciente” ou puérpera com fatores de risco/comorbidade (variável 36) do bloco “Dados Clínicos Epidemiológicos”.

<sup>e</sup>Serviço de Verificação do Óbito (SVO): recuperar dados de resultados de laudos (necropsia/exames) e diagnóstico de causa em planilhas de dados enviadas pelo serviço.

<sup>f</sup>Verificar se o hospital possui Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (VHE) ou estrutura similar, como CCIH ou RHC (Registros Hospitalares de Câncer).

<sup>g</sup>Lembrar sempre: a DO preenchida pelo médico, em hipótese alguma deve ser rasurada, alterada, editada. As atualizações são todas realizadas no SIM para fins epidemiológicos.

<sup>h</sup>Fichas de autópsia verbal de causas mal definidas em entrevista domiciliar (AV1, AV2, AV3, AV3.1), disponíveis em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/causas-mal-definidas/>.

## 5.8 PREENCHIMENTO DAS CAUSAS DE MORTE NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E TREINAMENTO DO MÉDICO

A qualificação do registro das causas de morte admite uma variedade de intervenções promotoras do preenchimento correto e completo do bloco de condições e das causas do óbito da DO. Nesse sentido, o médico deverá descrever todas as causas da morte, e não apenas causas terminais, numa sequência lógica de eventos. Estratégias de comunicação e treinamento direcionados ao médico devem ser adotadas, a fim de reduzir a emissão de DO com a causa básica inespecífica. Nessa aproximação, envolver parceiros importantes é central no desenvolvimento de atividades efetivas, como os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), direção clínica em hospitais/UPA, associações médicas, cursos de medicina, residência médica, entre outros. Recursos de comunicação pública com informações visuais e de texto para o médico podem ser empregados em sites de órgãos da categoria. Entre as estratégias para mobilização médica também podem ser realizados comunicados pessoais ou compartilhamento de mensagens alertando para problemas no preenchimento e na qualidade das causas nas DOs, em particular nas unidades hospitalares com maior emissão de DO com causas básicas inespecíficas. Além disso, podem ser ofertados treinamentos para médicos dessas unidades. O trabalho de vigilância e gestão epidemiológica do óbito pode ser um espaço de estágio-treinamento de estudantes/residentes de medicina.

Importante mencionar o Atestado interativo existente em sítio da internet mantido pelo MS no qual o médico pode antecipar se o preenchimento de um determinado atestado resultará em um registro com causa inespecífica ou não. No caso de um atestado resultando em uma causa inespecífica, o médico orientado pelas mensagens que o informam quais as razões da seleção de um *garbage code* como causa básica, no atestado original, tem oportunidade de experimentar novo conteúdo e/ou nova organização da sequência de causas no novo atestado (<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/preenchimento-do-atestado-interativo/>).

Esse instrumento está disponível também por meio de um app de smartphone, o AtestaDO (<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/aplicativos/atestado/>)<sup>30</sup>.

## 5.9 RECUPERAÇÃO DE DADOS NO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Deve-se considerar que nem sempre os dados disponíveis serão suficientes para elucidar a causa básica de óbito, ainda que aplicadas às melhores práticas (procedimentos seguidos, esforços aplicados e investigadores experientes envolvidos). Em investigações hospitalares, o êxito na reclassificação da causa de morte é superior a 70%, sendo grande seu potencial<sup>31</sup>.

A recuperação de dados em prontuário hospitalar tem por finalidade a busca de indícios de doenças e agravos da cadeia de eventos que levou o indivíduo à morte. O foco são somente os dados do prontuário que permitam a transcrição em ordem cronológica dos eventos com participação na cadeia de causas, como queixas, sintomas para internação, horário de atendimento, hipóteses diagnósticas, condutas clínicas, resultados de exames laboratoriais e/ou de imagem, procedimentos realizados e complicações. A aplicação de procedimento sistematizado com base em formulário padronizado é fundamental para identificar os dados relevantes.

A leitura atenta dos registros consultados é importante para a seleção apenas dos dados relacionadas ao óbito, excluindo aqueles fora do contexto, como hipóteses diagnósticas descartadas no decorrer do atendimento. O investigador deve anotar dados-chaves relevantes para a determinação das causas de morte, por exemplo, sinais e sintomas e exames que permitiram o seu diagnóstico; complicações como pneumonias e/ou septicemia, e resultados de exames de imagem (radiografia, tomografia ou outros) e laboratório (hemograma, hemocultura com o resultado do agente etiológico) e, quando couber, incluir a hipótese diagnóstica do médico.

Importante lembrar sobre alguns achados no prontuário<sup>28</sup>:

- **Septicemia não especificada**, como causa intermediária, não é suficiente para definição da causa da morte. Deve-se identificar o agente etiológico a partir de exames de cultura/laboratoriais registrados e o agravo que levou à septicemia.
- **Hemorragia gastrointestinal sem outras especificações** também não define a causa de morte, devendo descrever o local inicial do sangramento e se essa condição está relacionada à morte.
- **Embolia pulmonar**: buscar no prontuário se esse evento decorreu após cirurgia, como a ortopédica, ou de sequela de acidente vascular encefálico, ou outras doenças coronárias que podem ocasionar formações tromboembólicas, como arteriosclerose, coagulopatias etc.
- **Senilidade** não é uma patologia e não deve ser atribuída como causa de morte. Em óbitos de pessoas idosas, o investigador deve buscar complicações de doenças diagnosticadas e relacionadas ao óbito. Contudo, há indivíduos que falecem por cessar as funções vitais e não há uma causa básica definida, no entanto, não são a regra para mortes em pessoas idosas.
- **Neoplasia maligna sem especificação de localização**: deve-se buscar nos registros a confirmação do local de início ou sítio primário da neoplasia investigada.
- **Insuficiência cardíaca não especificada**: deve-se buscar nos registros a classificação do tipo de insuficiência cardíaca, por exemplo, insuficiência cardíaca diastólica, sistólica ou ambas. Em particular, a doença que provocou a insuficiência cardíaca.

Nos casos de morte em decorrência de **acidente vascular cerebral não especificado**, deve-se procurar no prontuário médico resultados de exames de tomografia ou ressonância que determinam o tipo de lesão, se hemorrágico ou isquêmico.

## 5.10 LISTA DE ITENS PARA USO NA INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR/UPA E UBS

Quadro 1 – Procedimentos para recuperação de dados do óbito com ocorrência em hospitais/UPA/UBS

| Itens  | Objetivo   |
|--|--|
| Busca nas fontes de dados secundárias*   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a busca de dados nas unidades notificadoras.</li> <li>• Recuperar dados sobre o atendimento do falecido e doenças preexistente em bases como SIH, Sinan, Sivep-Gripe, Siasi, GAL, Registro Hospitalar de Câncer e outros.</li> </ul> |
| Listar óbitos com causa inespecífica emitida pelo estabelecimento (ordenar os registros conforme conveniência local/unidade notificadora)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o recebimento das investigações.</li> <li>• Conhecer os registros que permanece com a causa inespecífica ou a elucidar.</li> <li>• Conferir se houve a devida alteração no SIM.</li> </ul>  |
| Busca em registros administrativos**   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar dados em prontuários nos quais o indivíduo recebeu atendimento.</li> </ul>  |
| Cópia da primeira via da Declaração de Óbito   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o óbito e as causas declaradas pelo médico.</li> <li>• Orientar recuperação de dados nas fontes notificadoras.</li> </ul>   |
| Cópia da primeira via da Declaração de Nascido Vivo para óbito infantil.<br><b>Obs.:</b> este item será incluído quando pertinente e realizado em cooperação pelas vigilâncias do óbito infantil/fetal/materno e causas inespecíficas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar se o falecido dispõe de DNV.</li> <li>• Orientar a investigação de óbito infantil/fetal.</li> <li>• Complementar dados sobre o parto e a assistência.</li> <li>• Buscar dados sobre a mãe para óbito de MIF.</li> </ul>             |
| Via impressa da Fioci-H (hospital/UPA) e IOCMD (UBS)***  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar dados de prontuários sobre a doença que levou à morte (resultados de exames laboratoriais/imagem, histórico de atendimento e tratamento recebido).</li> <li>• Reconstruir o atestado após investigação.</li> </ul>                  |
| Pactuar fluxo de trabalho entre a vigilância epidemiológica municipal e do estabelecimento selecionado   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer a comunicação, a notificação e a investigação de óbitos elegíveis.</li> <li>• Informar oportunamente qualquer dificuldade durante a realização da ação.</li> </ul>   |

Fonte: elaboração própria.

\*Muitas vezes o dado secundário pode não ser suficiente para definir a causa básica, mas pode orientar a seleção da fonte notificadora, ou reunir informações iniciais sobre o evento.

\*\*Pode ser necessário ir a campo para a complementação de dados de outros sistemas de informações, subsidiando o esclarecimento das causas que levaram ao óbito.

\*\*\*Conforme a organização local, usar também as fichas específicas para óbitos infantil, fetal, materno e MIF, quando o trabalho for realizado de forma coordenada com a vigilância das causas inespecíficas, uma vez que há investigação específica destes eventos.

Legenda: Fioci-H: Ficha de Investigação de Óbitos por Causas Inespecífica-hospitalar; MIF: mulher em idade fértil; DNV: declaração de nascidos vivos; AV: autópsia verbal; IOCMD: Investigação do óbito com causa mal definida.

## 5.11 SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DO ÓBITO: QUALIFICAÇÃO DA CAUSA

Aos SVO competem o esclarecimento da causa natural de morte, afastada a suspeita de causa externa e por meio de necropsia, de falecidos sem elucidação diagnóstica ou sem assistência e, em especial, das mortes em investigação epidemiológica e de interesse para a saúde pública.

A necropsia clínica<sup>xii</sup> informa a análise macroscópica e anatomopatológica de tecidos e órgãos que apoia no diagnóstico das principais causas de morte. Exames laboratoriais (histopatológico, hemoquímica, hemoculturas, bacteriológicas, virológicas e outras) e de imagem são fundamentais no apoio da identificação da causa de óbito.

Nesses casos, o SVO é responsável pelo fornecimento da DO. Contudo, muitos corpos necropsiados podem ser liberados com “diagnóstico a elucidar”. Isso comumente ocorre quando a necropsia clínica ou autopsia minimamente invasiva (AMI)<sup>xiii</sup> é inconclusiva por aguardar conclusões de exames ou história clínica no momento de emissão da DO. Embora o SVO possa oportunamente acessar no GAL para consultar resultados de exames previamente solicitados ao Laboratório de Saúde Pública (Lacen), muitas vezes se faz necessário a solicitação de outros para complementar a investigação da causa do óbito.

Novos achados, após emissão da DO, devem ser enviados à Vigilância Epidemiológica municipal com a definição do “diagnóstico definitivo” do evento, sendo fundamental na revisão das causas de morte no SIM. Um exemplo são casos supostamente virais, cujo diagnóstico depende da pesquisa do agente etiológico, demandando tempo para sua identificação. Dessa forma, o SVO e a vigilância do município sede devem, em conjunto, estabelecer fluxo local de dados. Isso permite que as vigilâncias os usem para fins de encerramento de casos. O diagnóstico definitivo deve ser também informado aos familiares ou responsáveis para conhecimento da real causa de morte.

---

<sup>xii</sup>Necropsia clínica é um procedimento médico (cirúrgico) que consiste em examinar um corpo e seus órgãos, buscando determinar a causa e o modo da sua morte como também constatar qualquer doença que possa estar presente.

<sup>xiii</sup>Autópsia minimamente invasiva é uma técnica que combina uso de imagens *post mortem* (ultrassom, tomógrafos, raio X) para guiar a coleta de tecidos e fluidos por meio de intervenção percutânea com a punção ou acesso aos órgãos internos, cavidades e tecidos, com fim de análise histopatológico sem abertura ampla do corpo, fornecendo maior acurácia no diagnóstico da causa de morte. O uso da AMI aumenta a segurança dos profissionais de saúde, sem prejudicar a coleta do material necessário, e proporciona reduções de custos. A técnica ainda reduz o tempo de liberação do corpo, dada a rapidez na coleta, e possibilita maior aceitação pelo familiar, considerando que é menos invasivo que a necropsia clínica. Independentemente do procedimento, necropsia clínica ou AMI, sua realização ocorre mediante autorização do familiar/responsável. Apesar disso, essa condição não é impeditiva para que os serviços forneçam a DO. Em determinados cenários, necropsias clínicas podem ser suspensas devido ao risco biológico aumentado, conforme ocorreu com a pandemia por covid-19. Sobretudo, nesse período, a AMI foi uma alternativa utilizada em alguns SVO do Brasil para auxiliar na definição da causa de morte<sup>32,33</sup>.



Como parte da rede nacional de notificação de óbitos é imprescindível que o SVO e a Vigilância Epidemiológica local estabeleçam um fluxo de comunicação de dados na emissão da DO.

Em óbitos de MIF, deve-se buscar conclusões de exames macroscópico/microscópico sobre as características e patologias do sistema reprodutivo (útero, trompas e ovários), e confirmação ou descarte de gravidez, abortamento ou puerpério.

Investigações de óbitos atestados pelos SVO com a causa inespecífica devem ser realizadas aplicando a ficha de investigação de óbito para uso em SVO (Fioci-SVO). Esse instrumento aborda perguntas relacionadas às necropsias realizadas, coleta de tecidos para análise e outros dados e procedimentos inerentes a esses serviços.

## 5.12 LISTA DE ITENS PARA USO NA INVESTIGAÇÃO NO SVO

Quadro 2 – Procedimentos para recuperação de dados de óbitos em serviços de verificação de óbito

| Itens  | Objetivo   |
|--|--|
| Busca nas fontes de dados secundárias*   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a busca de dados no SVO.</li> <li>• Recuperar dados sobre o atendimento do falecido e doenças preexistente em bases como SIH, Sinan, Sivep-Gripe, Siasi, GAL, Registro Hospitalar de Câncer e outros.</li> </ul>   |
| Busca em fontes de dados primárias/administrativas**   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se no SVO é aplicado AV ou outras entrevistas com o familiar/responsável.</li> <li>• Recuperar dados sobre o caso com profissionais do serviço, entrevista com familiar, fichas de encaminhamento pelos serviços de saúde onde o falecido recebeu atendimento.</li> </ul>                         |
| Cópia da primeira via da Declaração de Óbito   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o óbito e as causas declaradas pelo médico patologista.</li> <li>• Orientar recuperação de dados nas fontes notificadoras.</li> </ul>   |
| Cópia da primeira via da Declaração de Nascido Vivo para óbito infantil/fetal<br>Obs.: este item será incluído quando pertinente e realizado em cooperação pelas vigilâncias do óbito infantil/fetal e causas inespecíficas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar se o falecido dispõe de DNV.</li> <li>• Confirmar se, após necropsia, o suposto óbito fetal seria um NV.</li> <li>• Orientar a investigação de óbito infantil/fetal.</li> <li>• Complementar dados sobre o parto e assistência.</li> <li>• Buscar dados sobre a mãe para óbito de MIF.</li> </ul> |
| Via impressa da Fioci-SVO  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar dados sobre a doença que levou à morte de laudos de necropsias, resultados de exames laboratoriais/imagens.</li> <li>• Reconstruir o atestado após investigação.</li> </ul>   |

continua

conclusão

| Itens  | Objetivo  |
|--|---|
| Listar óbitos com causa básica inespecífica emitida pelo SVO   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar o recebimento de documentação sobre resultados de exames, de laudo de necropsia e demais dados acerca da causa da morte daqueles atestados emitidos pelo SVO com a causa a elucidar e confirmar a mudança da causa no SIM.</li> </ul>  |
| Pactuar fluxo de trabalho entre a Vigilância Epidemiológica e SVO para oportunizar as etapas de investigação | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer a comunicação e a notificação de óbitos de interesse epidemiológico.</li> <li>• Estabelecer o acesso aos dados.</li> <li>• Melhorar a causa de morte atestada pelos SVO.</li> <li>• Definir o fluxo do envio de dados e estabelecer os setores e pontos focais entre o SVO e a vigilância municipal.</li> </ul> |

Fonte: elaboração própria.

\* Muitas vezes o dado secundário pode não ser suficiente para definir a causa básica, mas pode orientar a seleção da fonte notificadora, ou reunir informações iniciais sobre o evento.

\*\* Pode ser necessário ir a campo para a complementação de dados de outros sistemas de informações, subsidiando o esclarecimento das causas que levaram ao óbito.

Legenda: Fioci-SVO: Ficha de Investigação de Óbitos por Causas Inespecífica-SVO; SVO: Serviço de Verificação de Óbito; MIF: mulher em idade fértil; DNV: declaração de nascidos vivos; AV: autópsia verbal; NV: nascido vivo.

## 5.13 ATRIBUIÇÕES DOS ENTES FEDERADOS

Quadro 3 – atribuições dos entes federados na qualificação da causa do óbito

| Representações   | Algumas atribuições   |
|--|---|
| Coordenação de Vigilância e Verificação do Óbito e o SIM/SVSA/ Ministério da Saúde | Estabelecer diretrizes para o aprimoramento da qualidade das causas naturais no SIM, por meio do fluxo regular de compartilhamento de dados com fontes notificadoras, em particular SVO e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. |
|  | Estabelecer plano de trabalho com a rede nacional de SVO e Núcleos Hospitalar de Epidemiologia visando qualificar o registro das mortes por causas naturais.  |
|  | Atualizar, quando necessário, o protocolo para recuperação de dados para qualificação dos registros das mortes por causas naturais.   |
|  | Executar rotina de pareamento de registros entre o Sistema de Informações Hospitalares e o SIM.   |
|  | Monitorar a qualidade dos dados sobre mortalidade por causa naturais no Brasil, desenvolvendo ações para seu aprimoramento.   |
|  | Promover estratégia nacional de comunicação e treinamento para o profissional médico, visando ao correto preenchimento do bloco de atestado médico e à qualificação das causas de morte natural na Declaração de Óbito.       |

continua

continuação

| Representações   | Algumas atribuições   |
|--|---|
| Secretarias Estaduais de Saúde, gestora da vigilância do óbito e do SIM no âmbito estadual | Estabelecer suas prioridades, conforme necessidades locais.   |
|  | Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do estado, estabelecendo normas técnicas do fluxo de dados.   |
|  | Estabelecer normas técnicas no âmbito do estado para o compartilhamento de dados de fontes notificadoras, em particular SVO e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, visando ao aprimoramento da qualidade do registro de causas naturais. |
|  | Estabelecer plano de trabalho com os SVO e Núcleos Hospitalar de Epidemiologia, visando qualificar o registro das mortes por causas naturais.   |
|  | Apoiar a investigação e atualização dos dados no SIM, quando a ocorrência de óbito de residente for em outro município.   |
|  | Participar, quando pertinente, das discussões sobre melhoria da qualidade dos dados por causas naturais.  |
|  | Monitorar a qualidade dos dados sobre mortalidade por causa naturais no estado, desenvolvendo ações para seu aprimoramento.   |
|  | Divulgar informações epidemiológicas sobre mortalidade por causas naturais.   |
|  | Promover estratégia estadual de comunicação e treinamento para o profissional médico, visando ao correto preenchimento do bloco de atestado médico e à qualificação das causas de morte natural na Declaração de Óbito.                 |
| Rede Nacional dos Serviços de Verificação de Óbito e Núcleo de Epidemiologia Hospitalar    | Elaborar recomendações nacionais do fluxo de dados de morte por causas naturais dos SVO e hospitais para vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.   |
|  | Estimular a instituição de grupos de trabalho no âmbito dos SVO e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia para qualificação dos registros e correto preenchimento das causas naturais de morte.   |
|  | Fomentar a elaboração de um instrumento de registro das mortes por causas naturais no SVO a fim de permitir o compartilhamento de dados relevantes com a Vigilância Epidemiológica dos óbitos.  |
|  | Participar de encontros com a SVSA, SMS e SES para discussões sobre qualidade dos registros de mortes por causas naturais.  |

continua

conclusão

| Representações   | Algumas atribuições   |
|--|---|
| Secretarias Municipais de Saúde, gestora da vigilância do óbito e do SIM no âmbito municipal | Coletar, processar, consolidar e avaliar os dados, estabelecendo ações de aprimoramento do fluxo de dados proveniente das unidades notificadoras, em particular SVO e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.   |
|  | Desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade do registro das mortes por causas naturais no escopo deste protocolo, entre elas, selecionar os registros a serem qualificados; coordenar a investigação para recuperação de dados da causa de morte; monitorar o resultado da investigação; organizar grupo de discussão da conclusão dos resultados; atualizar, quando necessário, o SIM. |
|  | Promover discussão sobre preenchimento da Declaração de Óbito junto aos SVO e Núcleos Hospitalar de Epidemiologia.  |
|  | Divulgar informações epidemiológicas sobre mortalidade por causas naturais.   |
|  | Promover estratégia local de comunicação e treinamento para o profissional médico, visando ao correto preenchimento do bloco de atestado médico e à qualificação das causas de morte natural na Declaração de Óbito.  |

Fonte: elaboração própria.

## 6 CONCLUSÃO: LIÇÕES E AÇÕES PARA A REDUÇÃO DA CAUSA DE MORTE INESPECÍFICA NO BRASIL

O elevado número de óbitos com a causa básica de morte inespecífica apresenta um enorme desafio para as equipes técnicas de Vigilância Epidemiológica que trabalham elaborando estratégias de investigação e recuperação de dados desses casos com vistas a melhoria da qualidade da causa de morte no Brasil.

Apesar de a ocorrência desses casos ser observada em todas as localidades do País, há diferentes fatores que a determinam.

É importante que esses fatores sejam identificados e sirvam de base para ajustes de estratégias, mudanças na rotina e permita a adoção de medidas capazes de reduzir a emissão da Declaração de Óbito com causa de morte de baixa qualidade ainda na sua origem.

Ademais, é recomendável instituir parcerias identificando as melhores práticas colaborativas com os seguimentos considerados estratégicos aos serviços de vigilância em saúde para implementação de ações efetivas de melhoria da notificação da causa de morte no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- 1 DIAS, R. I. S. C. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 316-322, 2015.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Mortalidade – 1979 a 1995, pela CID-9**. Brasília, DF: MS, [202-]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-1979-a-1995-pela-cid-9>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. **Mortalidade – desde 1996 pela CID-10**. Brasília, DF: MS, [202-]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: MS, [202-]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- 5 MIKKELSEN, L. *et al.* A global assessment of civil registration and vital statistics systems: monitoring data quality and progress. **Lancet**, v. 386, n. 10001, p. 1395-1406, 2015.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. v. 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Indicadores de cobertura que utilizam a metodologia do Busca Ativa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Brasília, DF: MS, [2024]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/cobertura/>. Acesso em: 15 mar. 2024.
- 8 TEIXEIRA, R. A. Quality of cause-of-death data in Brazil: Garbage codes among registered deaths in 2000 and 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S. l.], v. 22, 2019. Supl. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190002.supl.3>. Acesso em: 15 mar. 2024.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Qualidade da informação sobre óbitos no Brasil: mapeando diferenças nos municípios. **Boletim Epidemiológico**, v. 51, n. 18, p. 23-30, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/04/Boletim-epidemiologico-SVS-18.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024.

10 FRANCA, E. B. *et al.* Avaliação da implantação do programa "Redução do percentual de óbitos por causas mal definidas" em um estado do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 1, p. 119, 134, 2014.

11 BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil); CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **A declaração de óbito**: documento necessário e importante. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_obito\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_3ed.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.

12 BRASIL. **Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6015compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm). Acesso em: 15 mar. 2024.

13 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM n.º 1.779/2005**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2005/1779\\_2005.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2005/1779_2005.pdf). Acesso em: 15 mar. 2024.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.405, de 29 de junho de 2006**. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405\\_29\\_06\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405_29_06_2006.html). Acesso em: 15 mar. 2024.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito**: manual de instruções para preenchimento. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/manual-instrucoes-preenchimento-declaracao-obito.pdf>, Acesso em: 19 mar. 2024.

17 FRANÇA, E. B. Códigos garbage declarados como causas de morte nas estatísticas de saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S. l.], v. 22, 2019. Supl. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.3>. Acesso em: 19 mar. 2024.

18 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. **Manual de treinamento**: codificação em mortalidade. São Paulo: USP, 2007. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/manual-MORT-2007.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2024.

19 MIKKELSON, L.; RICHARDS, N.; LOPEZ, A. D. **Redefining 'garbage codes' for public health policy**: Report on the expert group meeting, 27–28 February 2017. Melbourne, Australia: University of Melbourne, 2018.

20 ABBAFATI, C. *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet** 2020 396(10258):1204–22. Acesso em: 19 mar. 2024.

21 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Lista de afecções improváveis de causar a morte. *In*: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: manual de instrução. São Paulo, 2008. v. 2.

22 LIMA, R. B.; FREDERS, A. D; MARINHO, M. F. Investigation of garbage code deaths to improve the quality of cause-of-death in Brazil: results from a pilot study. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, 2019. Supl. 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.3>. Acesso em: 19 mar. 2024.

23 BRASIL. **Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13709&ano=2018&ato=293QzZ61UeZpWT79e>. Acesso em: 19 mar. 2024.



24 BRASIL. **Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei n.º 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 19 mar. 2024.

25 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto n.º 7.724, de 16 de maio de 2012**. Regulamenta a Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. Brasília, DF: PR, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/decreto/d7724.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7724.htm). Acesso em: 19 mar. 2024.

26 BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Decreto n.º 9.637, de 26 de dezembro de 2018**. Institui a Política Nacional de Segurança da Informação, dispõe sobre a governança da segurança da informação, e altera o Decreto n.º 2.295, de 4 de agosto de 1997, que regulamenta o disposto no art. 24, caput, inciso IX, da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e dispõe sobre a dispensa de licitação nos casos que possam comprometer a segurança nacional. Brasília, DF: PR, 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/d9637.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9637.htm). Acesso em: 19 mar. 2024.

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Brasília, DF: MS, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html). Acesso em: 19 mar. 2024.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-investigacao-obito-causa-mal-definida.pdf>

29 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf). Acesso em: 19 mar. 2024.

- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **AtestaDO**. Brasília, DF: MS, [20-]. Aplicativo. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/aplicativos/atestado/>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- 31 MINTO, C. M. *et al.* Estudo avaliativo da melhoria da qualidade da informação de morte em hospitais dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, 2017. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, 2019. Supl. 3.
- 32 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2020. Disponível em: [https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/af\\_manejo-corpos-covid\\_2ed\\_27nov20\\_isbn.pdf](https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/af_manejo-corpos-covid_2ed_27nov20_isbn.pdf). Acesso em: 19 mar. 2024.
- 33 POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL. Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro. **Manual de rotinas**. Brasília, DF: PCDF, 2014. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/administracao-superior/corregedoria/MANUALDEROTINASIML.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- 34 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 72, de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: 19 mar. 2024.
- 35 BRASIL. **Lei n.º 13.812, de 16 de março de 2019**. Institui a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas, cria o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113812.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113812.htm). Acesso em: 19 mar. 2024.
- 36 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/). Acesso em: 19 mar. 2024.
- 37 NAGHAVI, M. Improving the quality of cause of death data for public health policy: are all 'garbage' codes equally problematic? **BMC Med.**, v. 18, n. 55, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01525-w>. Acesso em: 19 mar. 2024.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – GUIA DE ACESSO RÁPIDO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO POR CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS (QUADRO-RESUMO)

### Quadro 1 – Guia de acesso rápido da vigilância do óbito por causas naturais inespecíficas (quadro-resumo)

- 1. Seleção de casos por gravidade<sup>i</sup>** com prioridade para as:
  - níveis 1 e 2, que corresponde à metade das causas;
  - níveis 3 e 4 de importância epidemiológica no País, a exemplo das neoplasias, AVC e diabetes não especificados.

# Uma lista de causas mais frequentes no Brasil, conforme o nível de gravidade, consta no item 1 deste documento. Conceito e exemplificação de níveis no Apêndice D.

# Cada estado pode estabelecer suas prioridades, conforme necessidades locais.

# Embora a responsabilidade pela investigação de óbitos de mulher em idade fértil-MIF seja da vigilância do óbito materno (Portaria n.º 1.119/2008), recomenda-se, quando couber e sempre que possível, que o trabalho seja realizado de forma coordenada com a vigilância das causas inespecíficas (observar lista de causas presumíveis de óbito materno no Anexo A).
- 2. Municípios com até 20 óbitos** com causas inespecíficas por mês (240/ano), se possível, recomenda-se a **investigação de todos os casos**, independentemente do nível de gravidade.
- 3. Seleção de unidades hospitalares/UPA com maior volume** de óbitos com causa inespecífica. Recomenda-se:
  - priorização de unidades **com Núcleo Hospitalar de Epidemiológica (NHE)** ou estrutura similares, como comissões de revisão de óbito ou CCIH;
  - cooperação entre esse estabelecimento de saúde e a Vigilância Epidemiológica de seu município-sede na atividade de investigação de óbitos de ocorrência hospitalar/UPA;
  - quando o hospital for estadual, a vigilância do estado (SES) deve participar dessa cooperação.
- 4. Seleção de registros de causas inespecíficas emitidos por SVO**, principalmente **com necropsia realizada**. Recomenda-se:
  - aprimoramento do fluxo de dados entre o SVO e a Vigilância Epidemiológica do seu município-sede;
  - quando o SVO for estadual, importante que a Vigilância Epidemiológica do estado (SES) participe da organização desses fluxos.
- 5. A investigação de óbitos de residentes ocorridos no próprio município** é uma atribuição da Vigilância Epidemiológica local. Além da recuperação de dados nos hospitais e SVO, recomenda-se, quando necessário, estabelecer parceria colaborativa com as UBS/ESF, em particular na investigação em domicílio.

continua

<sup>i</sup>Causas inespecíficas são classificadas conforme o nível de gravidade do impacto nas políticas públicas<sup>1</sup>. O aplicativo ANACONDA oferece relatórios com a frequência de causas inespecíficas de acordo com o nível de gravidade.

<sup>1</sup>MIKKELSON, L.; RICHARDS, N.; LOPEZ, A. D. **Redefining 'garbage codes' for public health policy**: Report on the expert group meeting, 27–28 February 2017. Melbourne, Australia: University of Melbourne, 2018.

conclusão

6. **DO emitida, fora do município de residência do falecido (hospital ou SVO)**, recomenda-se ao município de residência: solicitar formalmente a investigação ao município-sede da unidade notificadora com **intermediação da Vigilância Epidemiológica do estado (SES)**, quando necessário. Compete à SES monitorar, avaliar e apoiar a **Voci**.

7. **Fortalecimento da colaboração** entre a **vigilância do óbito e a gestão do SIM** que garanta qualidade na recuperação de dados sobre as causas de morte e mudanças das causas no sistema.

8. Eventos ocorridos em **aldeias indígenas terão protocolo específico** a ser publicado em outro documento.

9. **Promoção do correto preenchimento do bloco V– Condições e causas do óbito na DO** para assegurar que todo o dado disponível e relevante seja registrado, com a finalidade do diagnóstico mais completo das causas de morte.

Fonte elaboração própria.

Quando não for possível investigar todas as causas inespecíficas selecionadas, os entes federados podem estabelecer suas prioridades, conforme necessidades locais, em particular doenças emergenciais de interesse epidemiológico, conforme regulamento nacional/internacional. Assim como as causas presumíveis de materno, a vigilância dos óbitos fetais/infantis (Portaria GM/MS n.º 72/2010) e suspeitos de doenças de notificação compulsória (DNC) têm atribuição da área técnica específica do município de residência.<sup>35</sup> Assim, quando couber e sempre que possível, recomenda-se que o trabalho de recuperação de dados seja realizado de forma coordenada com a vigilância das causas inespecíficas do município emissor do óbito.

## APÊNDICE B – INSTRUTIVO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM CAUSA NATURAL INESPECÍFICA-HOSPITALAR

A ficha Fioci-H é o instrumento padronizado de investigação da morte natural com causa básica inespecífica em hospitais/UPA. Neste Manual, tem-se orientações sobre o seu preenchimento.

O objetivo da Fioci-H é a recuperação de dados de forma sistematizada nos hospitais/UPA, facilitando a etapa de definição da causa básica de morte.

Para tanto, é importante lembrar:

- Usar caneta esferográfica.
- Escrever de forma legível.
- Não usar abreviaturas.
- Anotar dados necessários e suficientes para descrição da sequência causal do óbito.
- Preencher todos os campos da ficha Fioci-H. Onde não houver dado disponível, escrever a observação “*Não consta ou Não se aplica*”.
- Sempre informar o nome e o telefone de contato com DDD para possibilitar a interlocução entre médico certificador, codificador da causa básica e investigador, em caso de dúvidas.
- Cuidar dos dados coletados, obedecendo às normas estabelecidas na Lei Geral Proteção de Dados.

O investigador é responsável pelo preenchimento dos campos 1 a 20, além da colocação na identificação do município, UF e data de realização da investigação.

Os resultados contidos nos laudos, nas descrições de quadros clínicos e nos resultados de exames apoiarão a reconstrução da sequência de causas da morte (conclusão da investigação), oferecendo maior segurança na determinação da mudança da causa básica de morte pelo médico colaborador/certificador.

O Grupo Técnico da vigilância, de posse dos achados pós-investigação, com o médico certificador, quando couber, descrever no campo do bloco “*Reconstrução do atestado de óbito após a investigação*” a sequência dos eventos que levaram o indivíduo ao óbito.

Quando o caso resultar em alterações na causa da morte, a codificação deve ser revista pelo especialista em codificação, seguindo os procedimentos relativos à codificação da causa de morte, conforme orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as regras de codificação internacional.

### **Composição da ficha de investigação em hospitais (Fioci-H)**

Neste tópico é apresentado cada bloco da Fioci-H, o que permite informar sobre o preenchimento e descrever as características das variáveis, facilitando seu uso na recuperação de dados durante o levantamento do histórico do paciente, resultados de exames laboratoriais/imagem, bem como das fichas de encaminhamentos a outros serviços de saúde. As variáveis estão ordenadas de forma sequenciada para melhor entendimento e transcrição dos dados necessários à definição da causa da morte.

A Fioci-H é composta por cinco blocos, conforme descrito a seguir:

- O primeiro bloco *“Informações da Declaração de Óbito”* é composto de nove variáveis de identificação do falecido identificadas de 2 a 10. No bloco de *“Investigação no estabelecimento de saúde da internação”*, constam 14 variáveis, sendo elas de 11 a 24. Já o bloco *“Informações relevantes que podem contribuir para a definição da causa básica de morte”* refere-se às variáveis 25 e 26.
- O bloco *“Reconstrução do atestado de óbito após a investigação”* contém as variáveis para inserção de informações sobre a sequência das causas e o tempo aproximado que levaram o indivíduo ao óbito a ser preenchido pelo médico colaborador. Esse campo é idêntico ao atestado da DO em vigência no território brasileiro. Há também as linhas destinadas exclusivamente ao codificador.
- O último bloco *“Campo destinado à Secretaria Municipal de Saúde”* contém variáveis de uso exclusivo para preenchimento pelos técnicos que atuam na SMS no âmbito da vigilância do óbito e gestores do SIM.

### **Descrição das variáveis da Fioci-H**

- 1. Município de ocorrência do óbito**, unidades da Federação e data de realização da investigação.

### **BLOCO I. INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**

- 2. Número da Declaração de Óbito**: informar o número que se encontra na DO física.
- 3. Causa básica antes da investigação**: informar a causa básica na DO emitida pelo médico/SIM.

- 4. Nome do(a) falecido(a):** escrever o nome do falecido, sem abreviações e da mesma forma que consta na DO, confrontando com o nome informado no prontuário. Caso haja divergência, deve-se informar qual é o nome correto. Quando possível, consultar cópias dos documentos de identidade, certidão de casamento, nascimento, passaporte ou outros. Em caso de óbito fetal, preencher com a descrição “natimorto”.

Observação 1: no item 4, o investigador deve verificar se o nome que consta nos registros consultados é de solteiro e se ele foi alterado conforme estado civil ou em decorrência de mudanças para o nome social. Quando certificada a identidade do falecido, o seu nome deve ser preenchido na Fiaci-H e solicitada atualização desse dado no SIM.

Observação 2: quando não constar o nome do falecido na DO, a equipe de vigilância deve averiguar se foi realizada a constatação da identidade junto às autoridades. Caso nos registros do paciente não haja documentos comprobatórios com fotos que confirmem a identidade, deve ser incluída nas observações da Fiaci-H esse fato.

Observação 3: para a DO que não consta um nome válido do falecido, ditas como “*peessoa não identificada*” até o momento de emissão da DO, o investigador deve averiguar, junto ao serviço social do estabelecimento ou em instituto de identificação, se houve coleta de material genético, impressões digitais ou outros meios necessários à identificação, e se já foram encontrados dados sobre a pessoa. Quando confirmada a identidade do falecido, informar no campo 4 dessa ficha e proceder o preenchimento dos demais dados relacionados ao caso, com a devida atualização no SIM. Visando à padronização mínima de nomenclatura, deve-se preencher na variável “nome do falecido” o termo “Pessoa não identificada” para casos sem identificação, conforme a Lei n.º 13.812, de 13 de março de 2019<sup>1</sup>.

Observação 4: é conveniente que o investigador averigue junto à gestão hospitalar se há alguma iniciativa de cooperação entre setores da saúde e segurança pública para realização de identificação quando da ocorrência de casos de “*peessoas sem documentos de identificação*” em hospitais. Isso se dá quando o paciente é atendido sem condição de informar sua identidade e sem documentação. Alguns pacientes vão a óbito nessa condição, o que inviabiliza a inserção do nome completo no preenchimento da DO.

---

<sup>1</sup>BRASIL. **Lei n.º 13.812, de 16 de março de 2019.** Institui a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas, cria o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas e altera a Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13812.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13812.htm). Acesso em: 19 mar. 2024.

5. **Nome da mãe:** confirmar o nome da mãe do falecido caso esteja abreviado, consultar a cópia do documento no prontuário e, se houver divergência, incluir o dado que melhor descreva essa variável na Fioci-H, além de recomendar a correção no SIM.
6. **Data do nascimento:** anotar a data do nascimento do falecido. Caso esse dado não conste na DO, verificar nas cópias de documentos anexados aos registros médicos no prontuário.
7. **Data do óbito:** anotar a data do óbito que consta na DO. Verificar que algumas datas de óbitos são anteriores à data de nascimento. Conferir esses casos com a documentação do falecido.
  - **Idade:** essa variável será preenchida a partir da diferença entre a data do óbito e a data nascimento. Quando o item 5 ou 6 é desconhecido, poderá adotar a idade presumida, em anos, meses, dias ou horas.
8. **Sexo:** informar o sexo se é masculino ou feminino, a partir do informado no RG.
9. **Raça/cor:** descrever no espaço correspondente à identificação da raça/cor, conforme registro na documentação do falecido. Esta variável não admite a alternativa “Ignorada”. A cor do falecido deve ser perguntada ao familiar/responsável, quando esta não estiver descrita, não devendo nunca ser decidida pelo médico ou investigador, a partir da observação.

O familiar deve ser esclarecido sobre as opções relativas a esse campo buscando escolher um dos cinco itens relacionados a seguir:

1. Branca
2. Preta
3. Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana, entre outras)
4. Parda
5. Indígena (se aplica aos indígenas ou índios que vivem em aldeamento, como também aos que se declararam indígenas e vivem em centros urbanos). Quando essa categoria for informada, se possível, que o investigador informe também a etnia.

Ainda que a resposta não corresponda exatamente a nenhuma das alternativas mencionadas anteriormente, é necessário observar as correspondências de cor para a sua categorização.



A não utilização do quesito cor encobre informações relevantes para a identificação de agravos à saúde.

#### 10. Óbito de mulher em idade fértil:

Refere-se ao óbito de mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos): Assinalar com “X” o quadro correspondente ao ciclo gravídico puerperal em que ocorreu o óbito, se for o caso. Este é um campo que pode ajudar a identificar óbitos maternos, especialmente quando as causas do óbito materno estão fora do capítulo XV (O00 a O99) da CID-10. Os itens são excludentes, permite marcar apenas umas das opções descritas a seguir:

- Na gravidez.
- No parto.
- No aborto.
- Até 42 dias após o parto.
- Entre 43 dias a 1 ano após o parto.
- Não ocorreu nestes períodos.
- Não se aplica (marcar este campo apenas quando a mulher apresentar alguma condição, doença genética e outras; ou realizou cirurgia, como histerectomias, laqueaduras das trompas, que impeça a existência de gravidez).
- Sem informação.

**Observação:** o investigador deve considerar, apesar de menos frequente, a ocorrência de gravidez em crianças a partir de 8 anos e mulheres de idade acima dos 49. Recomenda-se a busca por procedimentos ou testes para confirmação/descarte de gravidez e a melhoria do preenchimento deste campo. Este dado deve ser compartilhado com os responsáveis por esse tipo de evento, a vigilância do óbito materno.

## BLOCO II. INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO

Este campo trata das descrições existentes na ficha de admissão do prontuário hospitalar.

**11. Nome do Estabelecimento de Saúde:** informar o nome do estabelecimento da internação onde ocorreu o óbito.

**12. N.º do Prontuário:** informar o número do prontuário do falecido que está sendo consultado.

- 13. Data da internação:** informar a data da internação do falecido conforme descrito nas anotações. Esse dado auxilia a compreender as condições de atendimento e óbito.
- 14. Meio de transporte do paciente:** informar o meio de transporte em que o paciente chegou ao estabelecimento de saúde: exemplo, de bicicleta, moto, carro, ambulância, carro de polícia, de bombeiros ou outros meios.

Estes campos tratam das descrições que constam no prontuário de internação do paciente.

- 15. Circunstância do encaminhamento para internação:** relatar se ocorreu, tais como desmaio, crise convulsiva, insuficiência respiratória e outros.
- 16. Informar se houve atendimento pré-hospitalar:** descrever se o atendimento foi realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Bombeiros, UPA, UBS ou outros. Transcrever resumidamente os motivos deste atendimento.
- 17. Estado do paciente no momento da hospitalização:** marcar apenas uma opção:

- Consciente: paciente responde e colabora com a entrevista médica.
- Inconsciente: paciente desmaiado, não responde ao chamado nem aos comandos. Nesse caso, geralmente é utilizada a pontuação da Escala de Glasgow.
- Observação: nesta pergunta o investigador deve anotar apenas um item, pois eles são excludentes.
- Estável: paciente com parâmetros vitais dentro de limites normais, sem necessidade de apoio de drogas vasoativas.
- Instável: paciente com necessidade de apoio de drogas vasoativas para manter parâmetros vitais dentro de limites normais. Exemplo: norepinefrina, dobutamina, adrenalina, dopamina, nitroprussiato de sódio, e usos de marca-passo transitórios.
- Observação: nesta pergunta o investigador deve anotar apenas um item, pois eles são excludentes.
- Sem vida: é quando o paciente chega em óbito, ou seja, sem sinais vitais.
- Uso de ventilação mecânica: informar se o paciente está respirando por um respirador artificial.
- Uso de catéter nasal/máscara oxigênio: informar se o paciente precisou de oxigênio.

- **Escala de Coma de Glasgow:** informar a pontuação Glasgow. É uma escala com intervalos do 1 ao 15 e avalia o estado de consciência do paciente; no caso de constar no prontuário, apenas preencher a pontuação (Quadro 1).<sup>ii</sup>

Determinadas doenças podem aumentar o fluxo ou a produção do líquido cerebral; causando edema cerebral o qual também comprime estruturas cerebrais afetando o nível de consciência. Outro caso é quando o paciente apresenta um tumor cerebral com compressão de estruturas importantes afetando o nível de consciência.

Estes campos tratam de dados relevantes que podem ter contribuído para a sequência que levou à morte.

- 18. Achados clínicos na admissão no hospital:** transcrever resumidamente os principais dados contidos na avaliação clínica (história do paciente, incluindo antecedentes de saúde, fatores de risco, doenças), e se fez uso de medicamentos informar: o nome, a dose e o tempo de uso; se apresentou alergias e condições no exame físico.
- 19. Hipóteses diagnósticas do paciente:** descrever as diferentes hipóteses diagnósticas do paciente no momento da internação e na evolução clínica até o momento da morte. Quando o caso clínico é de difícil diagnóstico, a hipótese vai sendo alterada durante a evolução do caso.
- 20. Tratamentos realizados durante a internação:** anotar o tratamento médico mais importante realizado no paciente, caso haja alguma relação com a causa da morte.
- 21. Resultados dos exames relevantes:** descrever os dados relevantes para a definição da causa de morte provenientes de:
  - Resultado de exames laboratoriais (bioquímicos, sorológicos, hemoculturas, patologia, histologia, microbiologia etc.).

---

<sup>ii</sup>A **Escala de Glasgow** é usada além do trauma para as doenças de causas naturais, cujas complicações cursam com alterações neurológicas sejam transitórias ou definitivas. Por exemplo, em uma emergência hipertensiva em que o paciente apresentou tanto um acidente vascular hemorrágico como isquêmico, esse procedimento avaliará o nível de consciência do indivíduo no momento do atendimento. Para os valores inferiores a 8, faz-se necessário o uso da ventilação mecânica invasiva, visto que há risco de broncoaspiração ou de insuficiência respiratória em decorrência dessa lesão. Em sua versão mais recente, chamada de Glasgow com resposta pupilar, por causa do acréscimo da avaliação da reatividade da pupila<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(avc\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(avc)-no-adulto/). Acesso em: 19 mar. 2024.

- Laudo do exame de imagem (radiografia, ultrassonografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética etc.).
  - Laudo de exames especiais (eletrocardiograma, endoscopia digestiva etc.).
- 22. Descrever procedimentos realizados durante a internação:** anotar se houve a realização de intervenções cirúrgicas, intubação orotraqueal, acesso venoso, desbridamento de feridas, diálise, acessos venosos profundos e outros.
- 23. Descrever complicações até a ocorrência do óbito:** citar as diferentes complicações acometidas pelo paciente.
- 24. Incluir outras observações (dados complementares e causa de morte descrita no prontuário do paciente):** campo destinado à descrição de outros dados relevantes para o registro das causas de morte, em particular a definição da causa básica, entre eles, adicionar o tempo transcorrido durante o atendimento, por exemplo: tempo de aguardo para um traslado e admissão no hospital, no aguardo de procedimento cirúrgico, dialítico, rádio e quimioterapia, aguardo de exames laboratoriais.

### BLOCO III. INFORMAÇÕES RELEVANTES QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A DEFINIÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE MORTE (MARQUE COM X AS OPÇÕES JULGAR IMPORTANTES)

- 25.** Informações relevantes que podem contribuir para a qualificação da causa básica de morte

Este item contém as principais condições de causas básicas de morte, para auxiliar a sistematização da conclusão da investigação. Marcar com X quantas opções que julgar significativas. Caso não encontre opções para melhor descrição do caso, aponte a condição que avaliar mais relevante apresentada no item 20. Marcar se foi:

- Neoplasia: informar o sítio primário.
- Diabetes: se sim, indicar o tipo.
- Derrame cerebral: se AVC, diferenciar se isquêmico ou hemorrágico.
- Doença infecciosa: identificar o agente etiológico.
- Covid-19: especificar o tipo de exame de confirmação; se RT-PCR ou sorológico ou critério clínico epidemiológico.
- Doença renal: definir se hipertensiva, por diabetes ou outros.
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).

- Etilismo.
- Hipertensão.
- HIV/aids.
- Sífilis.
- Tuberculose: os casos curados não devem ser marcados.
- Infarto agudo do miocárdio.
- Transtorno mental/ou comportamental: caracterizar qual.
- Doença hepática: citar se é alcoólica ou não alcoólica.
- Queda por comorbidades da própria altura: apontar a doença que a ocasionou.
- Outros: especificar outros dados relevantes.

**26.** Encaminhamento do corpo: registrar se houve encaminhamento do corpo ao SVO, IML e, se a outro, apontar para qual serviço; ou ainda, escrever “*não se aplica*”, quando for o caso.

## BLOCO IV. RECONSTRUÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO

Este bloco é de responsabilidade do certificador, envolvendo codificador e sempre que possível um médico, e é composto pelas partes I e II, sendo este igual ao do bloco V da DO, denominada “*Condições e causas do óbito*”. Neste campo, deve-se revisar a história do falecido considerando todos os dados da ficha Fioci-H resultante da investigação, e preencher as linhas referindo-se as prováveis causas de morte incluindo o tempo aproximado do início do evento até o desfecho, quando esse dado estiver disponível.

Ao receber o formulário Fioci-H, o médico colaborador/certificador deve ler com atenção, voltando às questões da ficha sempre que necessário. Esse profissional deve procurar a identificação da causa da morte de forma mais específica possível. Em caso de dúvidas, poderá solicitar esclarecimentos ao profissional que realizou a investigação.

A **parte I** será preenchida com uma causa para cada linha, de modo que obedeça a sequência de eventos, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata. Dessa forma, a primeira linha será destinada àquele evento mais recente, e a última, a causa básica que desencadeou toda a sequência relacionada as principais complicações que levaram o indivíduo a morte.

A linha “*a*”, destinada para a causa terminal, refere-se à doença, ao estado mórbido ou ao evento que causou diretamente a morte, seguida das causas intermediárias (linhas

"b" e "c") ou da causa básica de morte ("d"). O médico deve certificar a causa básica do óbito na última linha preenchida (em qualquer campo da **parte I** a depender do número de causas determinadas envolvendo o histórico do caso).

Na **parte II** está reservada para registrar outras condições significativas que contribuíram para a morte, mas que não entraram na sequência de causas que determinou esse evento. Elas são causas contribuintes, pois elas não se relacionam com o estado patológico que levou diretamente ao óbito.

É imprescindível, quando possível, relacionar o tempo aproximado entre o início da doença/agravo e a morte. É essencial descrever os termos dos diferentes quadros mórbidos, evitando o uso de siglas como **IRC, IAM, PCR, FA, BAV**, entre outras. Na **parte II** mencionar se o paciente passou por algum procedimento médico, estéticos ou tratamento importante, assim como ser portador de doença crônica (diabetes, hipertensão arterial, sequelas de doenças e outras).

Quando necessário, o médico também deve debater com outros colegas e/ou codificador e investigador, a forma mais precisa no momento de preencher tais dados relativos à cadeia de acontecimentos, bem como na formação da suposta história de complicações até o desfecho da morte do indivíduo.

As colunas destinadas à descrição dos códigos da CID-10 relacionados às causas certificadas pelo médico, tanto na Ficha Fici-H como na DO, deverão ser preenchidas pelo codificador da causa de morte, profissional habilitado, que compõe a equipe da SMS e referência nesse assunto. Esse profissional deverá ser o responsável pela leitura, análises das causas certificadas para posterior codificação e seleção da causa básica do óbito.

**27. Médico Certificador (alterar na ficha), Conselho Regional de Medicina (CRM) e telefone de contato:** preencher estes dados com letra legível para que o codificador ou responsável na Secretaria Municipal de Saúde possa entrar em contato quando necessário. Nesse campo não é obrigatório o uso de carimbo do médico. Esse dado pode ser apenas escrito a mão de forma legível.

## BLOCO V. CAMPO DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Este espaço é destinado para inclusão da causa básica após alterações no SIM e está sob a responsabilidade dos profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde. A reconstrução do atestado, a codificação das causas de morte e a sua digitação no SIM seguem as mesmas orientações para as investigações de óbitos por causa mal definida.

Dessa forma, deve-se informar a data da digitação no sistema e o código da causa básica na Fioci-H após-investigação e aplicação das regras de seleção.

**28. Nome do investigador e telefone de contato:** informar o responsável pelo preenchimento da ficha, anotar com letra legível para posterior contato, quando necessário.

- **Data da alteração da causa básica:** informar a data quando a nova causa básica é selecionada por regras de seleção ao serem alteradas as causas de morte no SIM, bem como outros dados em decorrência da investigação.
- **Causa básica no SIM pós-investigação:** anotar a causa básica final apresentada na tela do SIM resultado das regras de seleção após a alteração das causas de morte pós-investigação.

As etapas que consolidam a investigação na condição de caso concluído atendem as seguintes etapas: revisão da causa de morte pelo médico certificador, codificação das causas de morte pelo codificador, a digitação das alterações desses dados no SIM, quando for o caso, e seu envio no SIM local até o nível federal.

## Escala de coma de Glasgow

É uma escala neurológica que intenciona constituir-se de um método confiável e objetivo para registrar o nível de consciência de uma pessoa. A versão mais recente dessa escala é chamada de escala de coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P), por causa do acréscimo da avaliação da reatividade da pupila. A soma dos valores referentes a quatro parâmetros constitui o resultado da escala de Glasgow: abertura de olhos, a pontuação pode ir de 1 (se o paciente não responder) até 4 (se a abertura ocular ocorrer de forma espontânea); resposta verbal, os valores começam em 1 (quando não há qualquer resposta) e vão até 5 (resposta orientada); resposta motora, a escala contempla valores de 1 (ausência de resposta) a 6 (quando a pessoa reage às ordens expressadas pela voz). Após terminar a escala convencional, o examinador deve avaliar a resposta pupilar à luz. Caso as duas pupilas estejam fotorreagentes, nada será alterado. Se 1 das pupilas não reagir, é preciso subtrair 1 ponto da pontuação final. E caso nenhuma das duas pupilas reagir, 2 pontos serão subtraídos. O valor mais baixo com a escala de Glasgow é de 1 ponto, ao passo que o valor mais alto é de 15 pontos. Deve anotar os valores da escala de Glasgow registrados no prontuário, verificando se os parâmetros na avaliação conferem com as condições descritas.

## Quadro 1 – Pontuação escala Glasgow

| Variáveis   |                                       | Score |
|---|---------------------------------------|-------|
|  <b>Abertura Ocular</b>  | Espontânea                            | 4     |
|   | À voz                                 | 3     |
|   | À dor                                 | 2     |
|   | Nenhuma                               | 1     |
|  <b>Resposta Verbal</b>  | Orientada                             | 5     |
|   | Confusa                               | 4     |
|   | Palavras inapropriadas                | 3     |
|   | Palavras incompreensíveis             | 2     |
|   | Nenhuma                               | 1     |
|  <b>Resposta Motora</b>  | Obedece a comandos                    | 6     |
|   | Localiza a dor                        | 5     |
|   | Movimentos de retirada                | 4     |
|   | Flexão normal                         | 3     |
|   | Extensão anormal                      | 2     |
|   | Nenhuma                               | 1     |
|  <b>Resposta Pupilar</b> | Nenhuma                               | 2     |
|   | Apenas uma reage ao estímulo luminoso | 1     |
|   | Reação bilateral ao estímulo          | 0     |


Fonte: Linha de cuidado do AVC<sup>iii</sup>.

Nota: pontuação e nível de gravidade do paciente: normal (15) e coma profundo (1).

<sup>iii</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/). Acesso em: 19 mar. 2024.



Figura 1 – Formulário Fioci-H

|   |   |   |   |             |
|---|---|---|---|-------------|
|  |   | MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>Secretaria de Vigilância em Saúde<br>Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis<br>Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica |   | FIOCI-H     |
| FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO CAUSA BÁSICA INESPECÍFICA - HOSPITALAR             |   |   |   |             |
| 1   | Município de ocorrência _____ UF _____  | Data da investigação  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>               |             |
| I. INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO   |   |   |   |             |
| 2   | Nº da declaração de óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>  | 3   | Causa básica antes da investigação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |             |
| 4   | Nome do(a) Falecido(a) _____  |   |   |             |
| 5   | Nome da mãe _____   |   |   |             |
| 6   | Data do nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | 7   | Data do óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Idade _____ |
| 8   | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  | 9   | Raça cor _____  |             |
| 10  | Óbito de mulher em idade fértil <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Não se aplica<br><input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Sem informação   |   |   |             |
| II. INVESTIGAÇÃO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA INTERNAÇÃO                        |   |   |   |             |
| 11  | Nome Estab. de Saúde _____  |   | 12 Nº do Prontuário _____   |             |
| 13  | Data da internação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | 14  | Meio de transporte do paciente _____  |             |
| 15  | Circunstância do encaminhamento para internação (após desmaio, crise convulsiva, insuficiência respiratória e outros) _____<br>_____<br>_____   |   |   |             |
| 16  | Informar se houve atendimento pré-hospitalar (SAMU, Bombeiro, UPA, UBS, outros) _____<br>_____<br>_____   |   |   |             |
| 17  | Estado do paciente no momento da hospitalização<br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sem vida <input type="checkbox"/> Uso de ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Uso de cateter nasal<br><input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Instável, descrever _____<br><input type="checkbox"/> Escala de Coma de Glasgow (ECG) Descrever o valor ECG do paciente _____ |   |   |             |
| 18  | Achados clínicos na admissão no hospital (tais como tosse, febre, hipotensão, dor precordial, outros) _____<br>_____<br>_____   |   |   |             |
| 19  | Hipóteses diagnósticas do paciente<br>_____<br>_____<br>_____   |   |   |             |
| 20  | Tratamentos realizados durante a internação _____<br>_____<br>_____   |   |   |             |
| 21  | Resultados dos exames relevantes _____<br>_____<br>_____  |   |   |             |

|  |  |                      |  |               |
|--|--|----------------------|--|---------------|
| 22   | Descrever procedimentos realizados durante a internação (tais como cirurgias, entubação, acesso venoso e outros) _____   |                      |  |               |
| 23   | Descrever complicações até a ocorrência do óbito _____   |                      |  |               |
| 24   | Incluir outras observações (informações complementares e causa de morte descrita no prontuário do paciente) _____  |                      |  |               |
| III. Informações relevantes que podem contribuir para a definição da causa básica de morte (marque com X as opções julgar importantes) |  |                      |  |               |
| 25   | <input type="checkbox"/> Neoplasia. Especificar o sítio primário _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, se sim, tipo _____<br><input type="checkbox"/> Derrame cerebral. Especificar se <input type="checkbox"/> AVC isquêmico _____ <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico _____<br><input type="checkbox"/> Doença infecciosa. Especificar o agente etiológico _____ <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> Sorológico _____<br><input type="checkbox"/> Doença renal (classificação) _____ <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica obstrutiva (DPOC) _____<br><input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio _____<br><input type="checkbox"/> Transtorno mental e/ou comportamental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Doença hepática: alcoólica ou não alcoólica _____<br><input type="checkbox"/> Se realizou cirurgia durante o período de internação. Qual? _____<br><input type="checkbox"/> Queda por comorbidades da própria altura. Qual a doença? _____<br><input type="checkbox"/> Outros. Especificar. _____ |                      |  |               |
| 26   | Encaminhamento do corpo<br><input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica  |                      |  |               |
| IV. RECONSTRUÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO (PREENCHIMENTO MÉDICO)   |  |                      | <b>Tempo</b>                               | <b>CID-10</b> |
| <b>Parte I</b>   | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte  | a                    |  |               |
|  | Causas antecedentes  | b                    | Devido ou como consequência de:            |               |
|  | Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica  | c                    | Devido ou como consequência de:            |               |
|  |  | d                    | Devido ou como consequência de:            |               |
| <b>Parte II</b>  | Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima  |                      |  |               |
| 27   | Médico certificador _____ CRM _____ Telefone com DDD _____   |                      |  |               |
| V. CAMPO DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE   |  |                      |  |               |
| 28   | Nome do Investigador _____ Telefone com DDD _____  |                      |  |               |
| Data de alteração da causa básica no SIM   |  | <input type="text"/> | Causa Básica no SIM pós-investigação _____ |               |

Fonte: Sevo/Cgiae/SVSA/MS.

## APÊNDICE C – INSTRUTIVO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO COM CAUSA NATURAL INESPECÍFICA EM SVO

A ficha Fioci-SVO é o instrumento padronizado de investigação da morte natural com causa básica inespecífica ou com diagnóstico a elucidar para DO emitida no SVO. Neste Manual, apresenta-se orientações sobre o seu preenchimento.

O objetivo da ficha Fioci-SVO é recuperar dados de forma sistematizada nos SVO, facilitando a etapa de definição da causa básica de morte.

Para tanto, é importante lembrar:

- Escrever de forma legível.
- Usar caneta esferográfica.
- Não usar abreviaturas na coleta dos dados.
- Anotar os dados relevantes e com isso permita que médico certificador possa realizar a reconstrução da causa do óbito.
- Preencher todos os campos da ficha Fioci-SVO. Onde não houver dado disponível, escrever a observação “*Não consta*” ou “*aguardando conclusão do laudo*”.
- Sempre preencher nome e telefone válido para contato com código de área, a fim de facilitar a comunicação entre médico certificador e investigador ou secretaria municipal de saúde.

O investigador é responsável pelo completo preenchimento dos campos 1 a 25, além daqueles referentes à identificação do município, à UF e à data de realização da investigação.

Cabe ao Grupo Técnico da vigilância, de posse dos achados pós-investigação, com o patologista ou médico certificador, quando couber, a discussão a partir dos achados e descrever no campo do bloco “*Reconstrução do atestado de óbito após a investigação*” descrevendo na Fioci-SVO a sequência dos eventos que levaram o indivíduo ao óbito.

Quando o caso resultar em alterações na causa da morte, a codificação deve ser revista pelo especialista em codificação, seguindo os procedimentos relativos à codificação da causa de morte, conforme orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as regras de codificação internacional.

## Composição da ficha de investigação de óbito em SVO (Fioci-SVO)

A Fioci-SVO é composta por seis blocos conforme descrito a seguir:

- O primeiro bloco “*Informações da Declaração de Óbito*” é composto por dez das variáveis de identificação do falecido descritas de 2 a 11. No bloco de “*Dados e informações para investigação no SVO*”, contém sete variáveis de 12 a 18. No bloco de “*Dados e Informações no laudo necropsia*” contém cinco variáveis de 19 a 23. No bloco de “*Informações relevantes que podem contribuir para a definição da causa básica de morte*” contém três variáveis de 24 a 26.
- O bloco “*Reconstrução do atestado de óbito após a investigação*” contém as variáveis para o registro sobre a sequência das causas e o tempo aproximado que levaram o indivíduo ao óbito a ser preenchido pelo médico colaborador. Esse campo é idêntico ao atestado da DO em vigência no território brasileiro. Há também as linhas destinadas exclusivamente ao codificador.
- O último bloco “*Campo destinado à Secretaria Municipal de Saúde*” contém variáveis de uso exclusivo para preenchimento pelos técnicos que atuam na SMS no âmbito da vigilância do óbito e gestores do SIM.

### Descrição das variáveis da FIOCI-SVO

1. **Município de ocorrência:** informar o município de ocorrência do óbito. O investigador deve confirmar se o município confere com o informado na DO, em caso de divergência, corrigir na ficha e para que seja realizada alteração no sistema.

### BLOCO I. INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

2. **N.º da Declaração de Óbito:** informar o número da DO original.
3. **Causa básica antes da investigação:** informar o código da CID-10 da causa básica original que consta no SIM.
4. **Nome do(a) falecido(a):** informar o nome do falecido, sem abreviações, e da mesma forma descrita na DO, confirmando no laudo e na ficha de encaminhamento, e se houver divergência, confirmar qual é o correto.

Quando o nome informado na DO estiver divergindo do nome descrito nos registros de entrada do falecido, o investigador deve confrontar os dados contidos nos documentos de identidade, certidão de casamento e/ou de nascimento. Verificar se o nome que consta nos registros consultados é de solteiro e se ele foi alterado, ou se houve substituição do nome civil para o nome social.

É importante que o investigador averigue, junto à gestão do SVO, se há alguma iniciativa de cooperação entre a área da saúde e segurança pública com fluxo instituído para realização de coleta de material necessário a identificação de pessoas que foram a óbito sem identificação civil.

Quando o nome não constar na DO, a equipe de vigilância deve averiguar se foi realizada coleta de digitais ou material genético para a identificação pessoal, confirmando se o resultado foi anexado ao laudo do falecido. Em caso afirmativo, o nome, parentesco e outras variáveis devem ser complementadas na ficha e indicada sua atualização na base de dados do SIM, independentemente se houver ou não mudança da causa básica da morte.

5. **Nome da mãe:** confirmar o nome da mãe do falecido, caso haja diferença, consultar as cópias dos documentos anexadas ao laudo e demais registros de necropsias e corrigi-las.
6. **Data de nascimento:** confirmar no documento do falecido se consta a data de nascimento. Caso esteja ausente, confirmar no prontuário a idade aproximada ou presumida do falecido.
7. **Data do óbito:** confrontar a data do óbito que se encontra na DO original e nos registros médicos. Em caso de divergência, averiguar e corrigir.
  - **Idade:** vai ser preenchida no sistema como resultado da diferença entre a data do óbito e a data nascimento informadas, quando o item 6 e 7 for desconhecido, é recomendável, adotar a idade presumida, em anos, meses ou dias, quando este dado constar nos registros consultados.
8. **Sexo:** informar o sexo conforme descrito no documento de identificação.
9. **Raça/cor:** descrever no espaço correspondente a identificação da raça/cor conforme o registro que consta na documentação do falecido. Esta variável não admite a alternativa “Ignorada”. A cor do falecido deve ser perguntada ao familiar ou responsável, quando esta não estiver descrita, não devendo nunca ser decidida pelo médico ou investigador, a partir da observação.

**Observação:** quando couber, o familiar/tutor, responsável pelos dados do falecido, deve ser esclarecido sobre as opções relativas a este campo buscando escolher um dos cinco itens relacionados a seguir:

1. Branca
2. Preta
3. Amarela (pessoa de origem oriental: japonesa, chinesa e coreana, entre outras)
4. Parda
5. Indígena (se aplica aos índios que vivem em aldeamento, como também aos que se declararam indígenas e vivem em centros urbanos). Quando esta categoria for informada é imprescindível que o investigador informe também a etnia.

Ainda que a resposta não corresponda exatamente a nenhuma das alternativas anteriores, é necessário observar a correspondência de cor para a categorização do falecido.

A não utilização do quesito raça/cor encobre informações relevantes para a identificação de agravos e riscos à saúde.

## 10. Óbito de mulher em idade fértil

Refere-se ao óbito de mulher em idade fértil (de 10 a 49 anos): assinalar com “X” o quadro correspondente ao período gravídico puerperal em que ocorreu o óbito, se for o caso. Este é um campo que pode ajudar a identificar óbitos maternos. Quando detectada a gravidez, informar em que momento ocorreu o óbito, conforme descrito a seguir:

- Na gravidez.
- No parto.
- No aborto.
- Até 42 dias após o parto.
- Entre 43 dias a 1 ano após o parto.
- Não ocorreu nestes períodos.
- Não se aplica (marcar este campo apenas quando a mulher apresentar alguma condição, doença genética, e outras, ou realizou cirurgia, como histerectomias, laqueaduras das trompas, que impeça a existência de gravidez).
- Sem informação.

Os óbitos de MIF são aqueles em que as mulheres têm maiores chances de estarem grávidas, contudo, pode ocorrer em outras faixas etárias. Apesar deste campo ser destinados a óbitos de MIF, o investigador deve considerar a ocorrência de casos de casos gravidez em crianças a partir de 8 anos e mulheres de idade acima dos 49.

Buscar, nos registros dos SVO, aqueles procedimentos de autópsia com abertura de útero visando à confirmação ou descarte de gravidez, além disso, observar nos registros internos ou de encaminhamentos possíveis anotações sobre solicitação ou resultados confirmando ou descartando a gravidez.

Estes dados devem ser compartilhados com os responsáveis por esse tipo de evento, a vigilância do óbito materno. Quando couber e sempre que possível, realizar o trabalho de modo cooperativo entre as vigilâncias de óbito materno e causas inespecíficas.

**11. Local de origem do falecido:** informar se o corpo foi encaminhado pelo hospital, se veio do domicílio e, se de outro, especificar de onde.

## BLOCO II. DADOS E INFORMAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO NO SVO

**12. Nome do estabelecimento de origem do falecido:** informar se o encaminhamento foi de hospitais, IML, domicílio, instituição de longa permanência ou outros.

**13. Realizou autópsia:** destina-se a informar sobre a realização de autópsia convencional ou AMI. Informar se sim ou não. A entrevista de autópsia verbal (AV) deve ser preenchida em ficha para esse fim.

**14. Tipo de autópsia:** assinalar qual o método empregado.

- Autópsia convencional é abertura completa do corpo com coleta e exploração dos tecidos e órgãos.
- Autópsia minimamente invasiva (AMI) é a técnica que faz uso de equipamento de imagem para guiar coletas de amostras de tecidos e fluídos por meio de intervenção percutânea, sem abertura ampla do corpo, e tem como fim o apoio no diagnóstico da causa de morte.

**15. N.º do laudo de necropsia:** informar o número utilizado no estabelecimento que identifica o registro da autópsia e outros dados sobre o caso.

**16. Data da emissão do laudo:** informar a data de emissão do laudo da autópsia.

17. **SVO emissor do laudo:** informar o nome do SVO emissor do laudo.
18. **Município sede do SVO e UF:** informar o município sede do SVO onde foi realizado a investigação.

### BLOCO III. DADOS E INFORMAÇÕES NO LAUDO NECROPSIA

Itens a serem respondidos consultando o laudo de necropsia. Devem ser transcritos considerado as questões na Fioci-SVO e trazer apenas dados relevantes. Além do laudo, é imprescindível observar as atualizações juntadas após a emissão da DO. Os campos da Fioci-SVO estão apresentados a seguir:

19. **Transcrever as informações da guia de encaminhamento pelo serviço de saúde ao SVO:** descrever resumidamente as condições do indivíduo, hipóteses diagnósticas e outros dados relevantes na guia de encaminhamento, bem como a justificativa para o seu encaminhamento.
20. **Transcrever os resultados do exame macroscópico dos principais achados no laudo ou outros registros:** neste espaço deve ser informado os principais achados quando é realizada a necropsia clínica ou anotações feitas pelo patologista. Deve anotar dados complementares de forma resumida, apontando aspectos sobre o caso que julgue necessário para elucidação da causa.
21. **Transcrever os principais achados dos exames histopatológicos:** campo destinado para coletar resultados de exames e achados positivos de histopatológico, e se estes contribuem para a confirmação ou descarte de doenças ou agravos relacionados à morte do indivíduo.
22. **Transcrever os principais achados dos exames microbiológicos:** de forma resumida, anotar os resultados de exames pesquisados daqueles solicitados. Informar caso haja relação com a causa de morte investigada ou contribua para descarte da suspeita pesquisada.
23. **Transcrever os principais achados dos exames de imagem ou de AMI relevantes para identificar a causa de óbito:** de forma resumida, escrever os achados, as hipóteses diagnósticas, além dos registros de confirmação ou descarte, tendo como base o uso desse método, quando adotado nos serviços de necropsias.



## BLOCO IV. INFORMAÇÕES RELEVANTES QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A DEFINIÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE MORTE

### 24. Informações relevantes que podem contribuir para a qualificação da causa básica de morte.

Este item contém as principais condições e/ou doenças que levaram à morte, e está estruturado para auxiliar a resposta durante a investigação. Marcar com “X” quantas opções julgar necessária. Caso não encontre opções para melhor descrição do caso pesquisado, coloque a condição que achar mais relevante no item 24. Dessa forma, marcar considerando se o indivíduo apresentava algum dos agravos a seguir:

- **Neoplasia:** especificar o sítio primário do início da doença.
- **Diabetes:** se sim, especificar o tipo.
- **Derrame cerebral:** especificar se AVC é isquêmico ou hemorrágico.
- **Doença infecciosa:** especificar o agente etiológico.
- **Covid-19:** especificar o tipo de exame para confirmação; se foi por o *RT-PCR* ou sorológico.
- **Doença renal:** especificar a classificação: se hipertensiva, por diabetes por outras causas.
- **Doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc).**
- **Etilismo.**
- **Hipertensão.**
- **HIV/aids.**
- **Sífilis.**
- **Tuberculose.**
- **Infarto do miocárdio.**
- **Transtorno mental ou comportamental.** Descrever qual.
- **Doença hepática:** descrever se é alcoólica ou não alcoólica.
- **Se realizou cirurgia durante o período de internação:** especificar qual.
- **Queda por comorbidades da própria altura:** especificar qual é a doença que a ocasionou.

- 25. Outras observações:** registrar dados complementares, tais como: relativas ao tempo transcorrido, por exemplo, o tempo de espera para o traslado e a admissão no hospital de procedimento cirúrgico, dialítico, radioterapia, quimioterapia ou outros.
- 26. Transcrever as causas de óbito contidas no laudo de necropsia:** esse campo destina-se a informar a causa de morte declarada pelo patologista quando é realizada a necropsia clínica ou AMI, transcrevendo as causas registradas no laudo.

## BLOCO V. RECONSTRUÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO

Este bloco é de responsabilidade do certificador, envolvendo codificador e sempre que possível um médico, e é composto pelas partes I e II, sendo este igual às variáveis contidas no bloco V da DO, denominada “*Condições e causas do óbito*”. Neste campo, deve-se revisar a história do falecido contida na ficha Fioci-SVO resultante da investigação, e preencher as linhas referentes às prováveis causas de morte e o tempo aproximado entre o evento e o desfecho, quando este dado estiver disponível.

Ao receber o formulário Fioci-SVO, o médico certificador deve ler com atenção, voltando às questões da ficha sempre que necessário. Este profissional deve procurar a identificação da causa da morte de forma mais específica possível.

A **parte I** deve ser preenchida cada linha, sendo informada apenas uma causa por linha, obedecendo à sequência de eventos, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata. Sendo a primeira linha destinada àquele evento mais recente, e a última, à causa básica que desencadeou toda a sequência de eventos e principais complicações que levaram o indivíduo à morte.

A linha “a”, destinada para a causa terminal, refere-se à doença, ao estado mórbido ou ao evento que causou diretamente a morte, seguida das causas intermediárias (linhas “b” e “c”) ou da causa básica de morte (“d”). O médico certificador deve informar a causa básica do óbito na última linha (em qualquer campo da **parte I** a depender do número de causas determinadas envolvendo o histórico do caso).

A **parte II** está reservada para declarar outras condições significativas que contribuíram para a morte, mas que não entraram na sequência de causas que determinou este evento. Elas são causas contribuintes, pois não se relacionam com o estado patológico que levou diretamente ao óbito.

É fundamental, logo que essas causas são declaradas, relacionar o tempo aproximado entre o início da doença ou agravo e a morte. É fundamental descrever os termos dos diferentes quadros mórbidos, evitando o uso de siglas, pois podem ter mais de um significado, como: IRC (insuficiência renal ou respiratória crônica), IRA (insuficiência respiratória aguda ou renal aguda), IAM (infarto agudo do miocárdio ou infecção atípica por micobacteriose), PCR (parada cardiorrespiratória), FA (fibrilação auricular), BAV (bloqueio atrioventricular), entre outras. Na **parte II**, mencionar se o paciente é portador de doença crônica (diabetes, hipertensão arterial, sequelas de doenças e agravos e outras).

Quando necessário, o médico certificador também deve buscar esclarecimentos com o patologista responsável pelo caso, laboratório que validou a pesquisa das amostras e até mesmo com o investigador. Durante o preenchimento, quando possível, deve também descrever da forma mais precisa a cadeia de acontecimentos que levaram o indivíduo ao óbito.

Já as colunas para inserção dos códigos da CID-10, tanto na Ficha Fioci-SVO como na DO, deverão ser preenchidas pelo codificador da causa de morte, profissional habilitado, que compõe a equipe da SMS, responsável pela leitura, análises das causas certificadas pelo médico, o qual segue as regras estabelecidas para este fim.

**27. Médico certificador/patologista, CRM e telefone de contato:** preencher os dados com letra legível para que o codificador ou responsável pela digitação na Secretaria Municipal de Saúde possa entrar em contato quando necessário. Não é obrigatório o uso de carimbo, contudo é importante que a letra seja de fácil compreensão.

## BLOCO VI. CAMPO DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Este espaço é destinado para inclusão da causa básica após alterações no SIM e está sob a responsabilidade dos profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde. A reconstrução do atestado, a codificação das causas de morte e a sua digitação no SIM seguem as mesmas orientações para as investigações de óbitos por causa mal definida.


Dessa forma, deve-se informar a data da digitação no sistema e o código da causa básica na Fioci-SVO após investigação e aplicação das regras de seleção.

**28. Nome do investigador e telefone de contato:** identificação dos responsáveis pelo preenchimento, anotar com letra legível para contatos quando necessário.

- **Data da alteração da causa básica:** informar a data quando a nova causa básica é selecionada por regras de seleção ao serem alteradas as causas de morte no SIM, bem como outros dados em decorrência da investigação.
- **Causa básica pós-investigação:** anotar a causa básica final apresentada na tela do SIM resultado das regras de seleção após a alteração das causas de morte pós investigação.

As etapas que consolidam a investigação na condição de caso concluído atendem as seguintes etapas: revisão da causa de morte pelo médico certificador, codificação das causas de morte pelo codificador, a digitação das alterações desses dados no SIM, quando for o caso, e enviados dados no SIM local até o nível federal.

Figura 1 – Formulário Fioci-SVO

|   |   |   |   |   |                   |
|---|---|---|---|---|-------------------|
|  |   | MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>Secretaria de vigilância em saúde e Ambiente<br>Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis<br>Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica |   | <b>FIOCI-SVO</b>  |                   |
| <b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO CAUSA BÁSICA INESPECÍFICA - SVO</b>             |   |   |   |   |                   |
| 1   | Município de ocorrência _____ UF _____  | Data da investigação  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |   |                   |
| <b>I. INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>                                      |   |   |   |   |                   |
| 2   | Nº da declaração de óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>  | 3   | Causa básica antes da investigação  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                   |
| 4   | Nome do(a) falecido(a) _____  |   |   |   |                   |
| 5   | Nome da mãe _____   |   |   |   |                   |
| 6   | Data do nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | 7   | Data do óbito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Idade _____   |                   |
| 8   | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  | 9   | Raça cor _____  |   |                   |
| 10  | Óbito de mulher em idade fértil <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> |   |   |   |                   |
| 11  | Local de origem do falecido <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro, especificar _____  |   |   |   |                   |
| <b>II. DADOS E INFORMAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO NO SVO</b>                           |   |   |   |   |                   |
| 12  | Nome do Estab. de origem do falecido _____  |   | Nº da guia de encaminhamento _____  |   |                   |
| 13  | Realizou autopsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | 14  | Tipo de autópsia <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> AMI   | 15  | Nº do laudo _____ |
| 16  | Data da emissão do laudo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |   | 17  | SVO emissor do laudo _____  |                   |
| 18  | Município sede do SVO _____   |   | UF _____  |   |                   |
| <b>III. DADOS E INFORMAÇÕES NO LAUDO NECROPSIA</b>                                |   |   |   |   |                   |
| 19  | Transcrever as informações contidas no guia de encaminhamento pelo serviço de saúde ao SVO _____  |   |   |   |                   |
| 20  | Transcrever os resultados de exames macroscópico dos principais achados no laudo ou outros registros _____  |   |   |   |                   |
| 21  | Transcrever os principais achados dos exames histopatológicos _____   |   |   |   |                   |
| 22  | Transcrever os principais achados dos exames microbiológicos _____  |   |   |   |                   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 23  | Transcrever os principais achados dos exames de imagens ou de AMI relevantes para identificar a causa do óbito                            |   |  |
| IV. Informações relevantes que podem contribuir para a definição da causa básica de morte (marque com X as opções que julgar importantes) |   |   |  |
| 24  | <input type="checkbox"/> Neoplasia. Especificar o sítio primário _____  | <input type="checkbox"/> Diabetes, se sim, tipo _____   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral. Especificar se <input type="checkbox"/> AVC isquêmico  | <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Doença infecciosa. Especificar o agente etiológico _____   | <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> Sorológico |  |
|   | <input type="checkbox"/> Doença renal (classificação) _____   | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica obstrutiva (DPOC)                                    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio                    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Transtorno mental e/ou comportamental. Qual? _____   | <input type="checkbox"/> Doença hepática: alcoólica ou não alcoólica _____                            |  |
|   | <input type="checkbox"/> Se realizou cirurgia durante o período de internação. Qual? _____  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Queda por comorbidades da própria altura. Qual a doença? _____   |   |  |
| 25  | Outras observações (informações complementares)   |   |  |
| 26  | Transcrever as causas do óbito contidas no laudo de necropsia _____   |   |  |
| V. RECONSTRUÇÃO DO ATESTADO DE ÓBITO APÓS INVESTIGAÇÃO (PREENCHIMENTO MÉDICO)   |   |   |  |
|   |   | <b>Tempo</b>  | <b>CID-10</b>                              |
| <b>Parte I</b>  | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte   | a   |  |
|   | Causas antecedentes   | b   |  |
|   | Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionado-se em último lugar a causa básica                     | c   |  |
|   |   | d   |  |
| <b>Parte II</b>   | Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima                                 |   |  |
| 27  | Médico certificador _____ CRM _____ Telefone com DDD _____  |   |  |
| VI. CAMPO DESTINADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE   |   |   |  |
| 28  | Nome do Investigador _____ Telefone com DDD _____   |   |  |
|   | Data de alteração da causa básica no SIM <input type="text"/>   |   | Causa básica no SIM pós-investigação _____ |

Fonte: SEVO/CGIAE/SVSA/MS.

## APÊNDICE D – CONCEITO DE NÍVEIS DE CAUSAS INESPECÍFICAS

De acordo com estudo divulgado pelo GBD do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), os *garbage codes* podem ser divididos em quatro níveis que expressam menor ou maior especificidade da causa básica de morte com impacto para as análises sobre mortalidade, conseqüentemente nas políticas públicas<sup>1,2i</sup>. São eles:

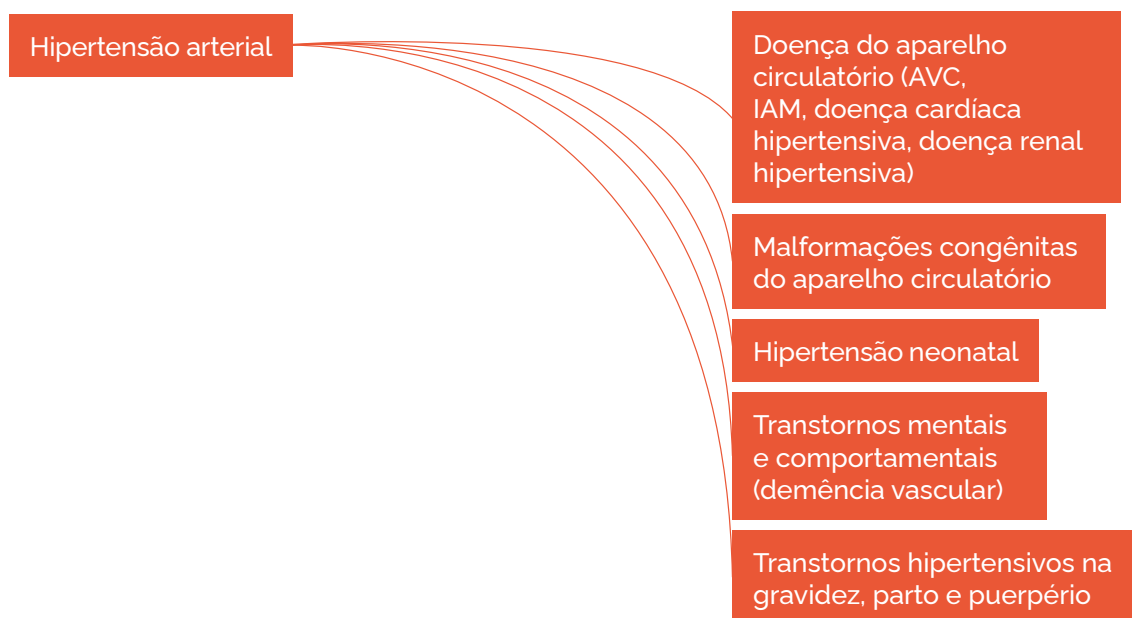
**Nível 1** (menor especificidade) tem **implicações graves (Muito alta)**, pois a verdadeira causa básica da morte poderia pertencer a mais de um dos três grandes grupos de causas. Esses são claramente os códigos mais problemáticos, uma vez que poderiam potencialmente alterar nosso entendimento sobre o perfil das causas de morte na população. Inclui afecções improváveis de causar a morte.



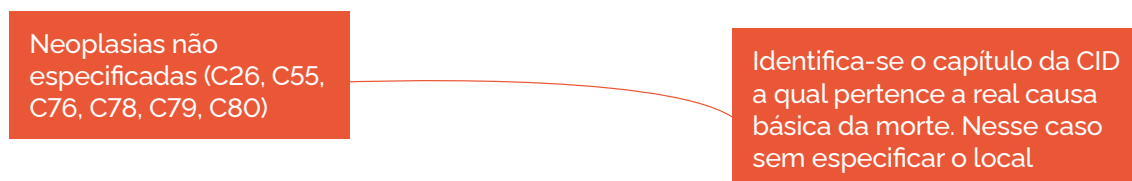
<sup>i</sup>MIKKELSON, L.; RICHARDS, N.; LOPEZ, A. D. **Redefining ‘garbage codes’ for public health policy**: Report on the expert group meeting, 27–28 February 2017. Melbourne, Australia: University of Melbourne, 2018.

<sup>ii</sup>NAGHAVI, M. *et al.* Improving the quality of cause of death data for public health policy: are all ‘garbage’ codes equally problematic? **BMC Med.**, v. 18, n. 55, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01525-w>. Acesso em: 19 mar. 2024.

**Nível 2 (menor especificidade)** tem **implicações substanciais (Alta)**, para as quais a verdadeira causa básica da morte pertencerá a apenas um dos três grandes grupos. Sabe-se o grupo de causa, portanto são menos graves, uma vez que não alteram a compreensão sobre a composição mais ampla da tripla carga de doenças na população. No entanto, afetam o conhecimento sobre as principais causas de morte.



**Nível 3 (maior especificidade)** tem **implicações importantes (Média)**. Por exemplo: o câncer de localização não especificada informa que a verdadeira causa da morte foi câncer, mas sem especificar o local. Porém, o conhecimento sobre a localização do câncer é importante para as políticas de saúde pública, uma vez que são aplicadas estratégias específicas para tipos diferentes de câncer.





**Nível 4 (maior especificidade)** tem **implicações limitadas (Baixa)**. Por exemplo: acidente vascular cerebral não especificado ainda seria atribuído como uma morte por acidente vascular cerebral, e não para alguma outra categoria de doença, tal como diabetes não especificada. Como as implicações, geralmente, serão muito menos importantes para as políticas públicas, não se inclui esse grupo nas grandes categorias de causas básicas pouco úteis (inespecíficas).

Pneumonia não especificada,  
AVC, diabetes

A verdadeira causa de  
morte provavelmente está  
retida a uma única doença  
ou categoria de agravo

## APÊNDICE E – PERCENTUAL DOS MUNICÍPIOS COM QUALIDADE DA CAUSA DE ÓBITO ABAIXO DO ESPERADO, SEGUNDO UF, BRASIL, TRIÊNIO 2015-2017

| UF                  | Cidades      |  |                                       |
|---------------------|--------------|--|---------------------------------------|
|                     | n.º          | <90% causas definidas (%) <sup>a</sup> | <68% códigos válidos (%) <sup>b</sup> |
| Acre                | 22           | 40,9                                   | 72,7                                  |
| Alagoas             | 102          | 24,5                                   | 52,9                                  |
| Amapá               | 16           | 62,5                                   | 50,0                                  |
| Amazonas            | 62           | 59,7                                   | 67,7                                  |
| Bahia               | 417          | 76,7                                   | 92,1                                  |
| Ceará               | 184          | 23,9                                   | 84,2                                  |
| Distrito Federal    | 1            | 0                                      | 0                                     |
| Espírito Santo      | 78           | 0                                      | 3,8                                   |
| Goiás               | 246          | 13,8                                   | 30,5                                  |
| Maranhão            | 217          | 35,0                                   | 74,7                                  |
| Mato Grosso         | 141          | 46,1                                   | 55,3                                  |
| Mato Grosso do Sul  | 79           | 3,8                                    | 3,8                                   |
| Minas Gerais        | 853          | 56,7                                   | 79,1                                  |
| Pará                | 144          | 60,4                                   | 79,9                                  |
| Paraíba             | 223          | 46,6                                   | 72,6                                  |
| Paraná              | 399          | 15,3                                   | 43,4                                  |
| Pernambuco          | 185          | 26,5                                   | 55,1                                  |
| Piauí               | 224          | 21,0                                   | 53,1                                  |
| Rio de Janeiro      | 92           | 29,3                                   | 93,5                                  |
| Rio Grande do Norte | 167          | 14,4                                   | 53,9                                  |
| Rio Grande do Sul   | 497          | 20,5                                   | 29,4                                  |
| Rondônia            | 52           | 69,2                                   | 59,6                                  |
| Roraima             | 15           | 20,0                                   | 6,7                                   |
| Santa Catarina      | 295          | 13,2                                   | 35,6                                  |
| São Paulo           | 645          | 51,9                                   | 77,7                                  |
| Sergipe             | 75           | 57,3                                   | 61,3                                  |
| Tocantins           | 139          | 16,5                                   | 31,7                                  |
| <b>Brasil</b>       | <b>5.570</b> | <b>37,5</b>                            | <b>60,6</b>                           |

Fonte: SIM/Cgiae/SVSA/MS.

Nota: a) segundo o município de ocorrência; causas definidas são todas as causas, exceto Capítulo XVIII da CID-10; b) códigos válidos é o conjunto dos códigos da CID-10, exceto todos os códigos inespecíficos (68% foi a média nacional, uma vez que não há um parâmetro nacional definido).

## APÊNDICE F – LISTAS DAS CAUSAS NATURAIS INESPECÍFICAS MAIS FREQUENTES NO BRASIL, 2018, NÍVEIS 1 E 2

Tabela 1 – Principais causas naturais de nível 1 no Brasil, 2018

| Ordem | Principais causas naturais de nível 1 no Brasil, 2018 | n       | %    |
|-------|---|---------|------|
|       | Total   | 168.795 | 100  |
|       | Subtotal causas naturais                              | 166.527 | 99,4 |
| 1     | Afecções improváveis de causar a morte*               | 67.108  | 40,0 |
| 2     | Insuficiência cardíaca esquerda                       | 28.352  | 16,9 |
| 3     | Septicemia  | 20.669  | 12,3 |
| 4     | Insuficiência renal                                   | 7.860   | 4,7  |
| 5     | Embolia pulmonar                                      | 6.940   | 4,1  |
| 6     | Pneumonia   | 5.328   | 3,2  |
| 7     | Insuficiência respiratória aguda                      | 4.965   | 3,0  |
| 8     | Parada cardíaca e choque                              | 3.473   | 2,1  |
| 9     | Senilidade  | 3.362   | 2,0  |
| 10    | Insuficiência hepática                                | 2.492   | 1,5  |
| 11    | Anemia inespecífica                                   | 2.406   | 1,4  |
| 12    | Peritonites   | 2.008   | 1,2  |
| 13    | Paralisia cerebral                                    | 1.480   | 0,9  |
| 14    | Desidratação  | 1.257   | 0,8  |
| 15    | Desordem ácido-base e eletrolítica                    | 1.085   | 0,7  |

Fonte: SIM/Cgiae/SVSA/MS.

\*Alguns exemplos da CID-10 (volume 2): conjuntivite viral (B30), transtornos não orgânicos do sono (F51), polimialgia reumática (M35.3).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Lista de afecções improváveis de causar a morte. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: manual de instrução. São Paulo, 2008. v. 2.

Tabela 2 – Principais causas naturais de nível 2 no Brasil, 2018

| Ordem | Principais causas naturais de nível 2 no Brasil, 2018 | n      | %    |
|-------|---|--------|------|
|       | Total   | 64.314 | 100  |
|       | Subtotal causas naturais                              | 47.657 | 74,1 |
| 1     | Hipertensão   | 25.728 | 40,0 |
| 2     | Sangramento gastrointestinal                          | 6.743  | 10,5 |
| 3     | Asfixia e hipoxemia                                   | 5.954  | 9,3  |
| 4     | Edema pulmonar  | 2.854  | 4,4  |
| 5     | Embolia arterial                                      | 1.577  | 2,5  |
| 6     | Cor pulmonale   | 1.230  | 1,9  |
| 7     | Pleurisia   | 1.192  | 1,9  |
| 8     | Aterosclerose   | 906    | 1,4  |
| 9     | Abdômen agudo   | 439    | 0,7  |
| 10    | Doenças infecciosas não especificadas                 | 368    | 0,6  |

Fonte: SIM/Cgiae/SVSA/MS.

## APÊNDICE G – MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS REGISTROS DO ESTABELECIMENTO

### Logo da instituição

**Direcionado a:** nome e cargo

**Endereço:**

**Assunto:** solicitando acesso aos prontuários/laudos de necropsia/laudos periciais

Prezado(a) diretor/coordenador,

Devido ao número considerável de Declarações de Óbitos (DOs) emitidas neste estabelecimento com a causa básica de morte inespecífica, a partir desses casos, estamos realizando uma ação voltada para a melhoria dessas causas.

Com isso, necessitamos acesso aos registros (prontuários/laudos de necropsia/laudos periciais) para revisão e levantarmos mais elementos que contribuam epidemiologicamente na melhoria dessas causas declaradas previamente nos atestados.

Contamos com sua atenção e de sua equipe no sentido de disponibilizar um local para acesso a esses registros, bem como a possibilidade de identificação prévia deles, conforme a lista de óbitos com a causa básica inespecífica, em anexo a este documento.

Reafirmo que o acesso aos registros médicos e periciais atenderão somente para fins de melhorias dos dados dos sistema de saúde e seguirão as normativas conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Para tanto, informo que o servidor/colaborador de referência neste trabalho é:

**Nome:**

**Setor:**

**Telefone (DDD):**

Certos de sua atenção,

Data

*Assinatura da chefia*

Fonte: elaboração própria.

# ANEXOS

## ANEXO A – LISTA DE CAUSAS PRESUMÍVEIS DE ÓBITO MATERNO<sup>i</sup>

- Acidente vascular cerebral;
- broncopneumonia;
- causa desconhecida;
- choques: anafilático, hipovolêmico, neurogênico, cardiogênico ou séptico;
- coagulação intravascular disseminada;
- crise convulsiva;
- edema agudo de pulmão;
- embolia pulmonar;
- endometrite;
- epilepsia;
- hemorragia;
- hipertensão arterial;
- hipertensão intracraniana aguda;
- infarto agudo do miocárdio;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- insuficiência cardíaca por estenose mitral;
- insuficiência hepática aguda;
- insuficiência renal aguda;
- cardiomiopatia;
- morte sem assistência médica;

---

<sup>i</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf). Acesso em: 19 mar. 2024.

- peritonite;
- pneumonia;
- septicemia;
- tromboembolismo;
- parada cardíaca;
- pelviperitonite.

# ANEXO B – NOTA TÉCNICA N.º 68/2023<sup>i</sup> QUE DISPÕE SOBRE ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PARCERIA DE TRABALHO ENTRE AS EQUIPES DO SIM E NVEH

10/05/2024, 12:04

SEI/MS - 0036125230 - Nota Técnica



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

NOTA TÉCNICA Nº 68/2023-CGIAE/DAENT/SVSA/MS

## 1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de nota técnica conjunta entre a Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) e a Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CGCIEVS) para orientações em prol do trabalho das equipes municipais e estaduais de vigilância epidemiológica do óbito/equipe gestora do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) visando a melhoria dos registros de mortes (naturais ou externas) com causa básica inespecífica no SIM.

## 2. ANÁLISE

2.1. Estatísticas confiáveis sobre causas de morte fornecem medidas essenciais para tomada de decisão e elaboração de políticas públicas. No que diz respeito à análise sobre mortalidade por causas, o preenchimento da Declaração de Óbito (DO), documento-base do SIM, nem sempre apresenta elementos precisos, ocultando a verdadeira doença ou circunstância da causa externa que iniciou a cadeia de acontecimentos que culminou na morte.

2.2. Quando isso acontece temos afecções improváveis de causar a morte, causas básicas mal definidas (CMD) ou incompletas, os chamados códigos "garbage" (CG) ou ainda inespecíficos, sendo, portanto, inadequado utilizá-los do ponto de vista da análise e uso desses resultados para apoiar políticas de prevenção em saúde pública.<sup>1</sup>

2.3. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera causas mal definidas os códigos do capítulo 18 da CID-10 e outras afecções classificadas em outra parte, como parada cardíaca não especificada, insuficiência respiratória aguda e não especificada. A OMS ainda apresenta uma lista de outras afecções improváveis de causar a morte, a exemplo de *transtornos mentais devidos ao uso de fumo e síndrome de imobilidade/paraplégica*.<sup>2</sup>

2.4. No que diz respeito às mortes por causas externas, há a problemática da não inserção da circunstância, impossibilitando a identificação de um acidente, suicídio ou homicídio.

2.5. Embora o SIM apresente alta cobertura (96%)<sup>3</sup> e redução de CMD (<6%),<sup>4</sup> a qualidade das estatísticas sobre mortalidade no Brasil é ainda questionada, uma vez que aproximadamente 1/3 dos óbitos são atribuídos ao conjunto de causas inespecíficas, a exemplo das insuficiências cardíaca e respiratória, septicemias, neoplasias não especificadas e causas externas de intenção indeterminada.

2.6. Em 2021, por exemplo, pelo menos 165,7 mil óbitos com essas causas foram emitidos em hospitais, correspondendo a 34,7% das causas inespecíficas registradas no SIM. No mesmo ano, 56,4 mil (38%) óbitos de causas externas ocorreram em hospitais, desses 12% foram eventos de intenção indeterminada. As unidades hospitalares são, portanto, fontes potenciais de recuperação de informações dos óbitos de causas externas, com DO preenchida ou não no serviço.

2.7. Considerando isso, tem-se a necessidade de legitimar parcerias no monitoramento e implementação de iniciativas capazes de reduzir a frequência de óbitos com causas básicas inespecíficas registradas no SIM. A colaboração mais próxima entre as equipes de vigilância epidemiológica, em particular da gestão do SIM e da vigilância de óbito, e dos NHE na recuperação de informações sobre óbitos por causas inespecíficas, pode significar um passo inicial para a institucionalização de ações ampliadas que visem a qualificação das causas de mortalidade no país.

2.8. Cabe destacar que os NHE são unidades intra-hospitalares e tem por objetivo oferecer informações estratégicas para organização, preparação e resposta do serviço hospitalar no manejo de eventos de interesse à saúde, bem como subsidiar o planejamento e fortalecimento da vigilância em saúde local.

2.9. Nesse sentido, os prontuários hospitalares com registros clínicos do atendimento oferecido ao indivíduo internado são informações essenciais na qualificação das causas inespecíficas de mortes.

2.10. Entende-se o trabalho de recuperação de informações sobre causas inespecíficas de óbito, sobretudo infantis/fetais, maternos declarados, de mulheres em idade fértil, mal definidos, como parte do escopo de atribuições dos NHE no desempenho de atividades relativas à Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), como expresso na Portaria GM 1.693, de 23 de julho de 2021.

2.11. Saliencia-se que os casos de violência interpessoal e autoprovocada, particularmente em crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, fazem parte da lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, configurando também uma das atividades desses serviços.

## 3. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

3.1. O aperfeiçoamento de determinados procedimentos e fluxos pode apoiar na redução de registros com causas inespecíficas de morte. Listam-se algumas orientações:

- 1- Ajustar fluxo de compartilhamento de documentação e dados entre o NHE e a vigilância epidemiológica do óbito/equipe gestora do SIM, com atenção especial aos eventos que envolvem urgências e internações mais longas;
- 2- Organizar o acesso da equipe da vigilância do óbito/equipe gestora do SIM aos prontuários e registros hospitalares e resultados de exames contidos nos hospitais;
- 3- Discutir, com os profissionais médicos, sobre a importância da acurácia do diagnóstico de causa de morte, apresentando os resultados obtidos;
- 4- Definir a periodicidade do trabalho de recuperação de dados que deve ser regular, ao menos, trimestralmente ou ainda conforme demanda local;
- 5- Estabelecer um (01) profissional da vigilância epidemiológica do óbito/equipe gestora do SIM que deve ser identificado para ter acesso e se responsabilizar pelos dados, de forma a zelar pelos registros.

<sup>i</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Nota técnica n.º 68/2023-CGIAE/DAENT/SVSA/MS**. Brasília, DF: MS, 2023.



- 3.2. À equipe de vigilância epidemiológica municipal de saúde, por meio da equipe gestora do SIM, em conjunto com a equipe de vigilância do óbito, caberá articular com a equipe do NHE o trabalho de investigação de óbitos utilizando registros hospitalares para atualização/qualificação dos dados no SIM.
- 3.3. À equipe do NHE caberá disponibilizar os registros hospitalares e apoiar na investigação de óbito com causa inespecífica (natural ou não).
- 3.4. A equipe de vigilância epidemiológica/SIM, em parceria com a equipe do NHE, verificará a utilidade das informações para qualificação dos registros de mortes com causas inespecíficas.
- 3.5. Os fluxos de trabalho podem ser ajustados de acordo com a realidade de cada NHE.
- 3.6. As atividades devem seguir as orientações das publicações “Manual de vigilância de óbito por causa natural inespecífica no Brasil” e “Qualificação dos registros de morte por causas externas no Brasil”.

#### 4. CONCLUSÃO

- 4.1. Os dados obtidos por meio dos registros hospitalares visam qualificar as causas inespecíficas de morte no SIM (alvo dessa Nota Técnica). É estratégico utilizar esses dados de forma criteriosa.
- 4.2. Reforça-se a necessidade do estabelecimento de um fluxo de comunicação oportuno entre NHE e secretarias municipais e estaduais de saúde, no que tange a transferência segura de informações. Esse fluxo deve respeitar as características e capacidades locais e também a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Na referida legislação, segundo o seu Art. 7º, o tratamento de dados pessoais poderá ser realizado para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.
- 4.3. A Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, do Departamento de Análise Epidemiológica e de Doenças e Agravos não Transmissíveis e a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), do Departamento de Emergências em Saúde Pública colocam-se à disposição, caso haja a necessidade de esclarecimentos, por meio destes contatos:
- 4.4. **RENAVEH:** (61) 3315 3661 e/ou vhe@saude.gov.br
- 4.5. **CGIAE:** (61) 3315 7708 e/ou cgiae@saude.gov.br.

#### 5. REFERÊNCIAS

- 5.1. França EB. Códigos *garbage* declarados como causas de morte nas estatísticas de saúde. Rev bras epidemiol [Internet]. 2019;22:e19001.supl.3. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.3>
- 5.2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de instrução. Volume 2. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. rev. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças, 1995.
- 5.3. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura que utilizam a metodologia do Busca Ativa. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/ acesso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/cobertura/>
- 5.4. França EB, da Cunha CC, Vasconcelos AM, Escalante JJ, de Abreu DX, de Lima RB, et al. Avaliação da implantação do programa "Redução do percentual de óbitos por causas mal definidas" em um estado do Nordeste do Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2014;17(1):119-34.

FRANCISCO SILVANEI DOS SANTOS GONÇALVES  
Consultor  
Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

ADAUTO MARTINS SOARES FILHO  
Tecnologista  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

ANDRÉA DE PAULA LOBO  
Tecnologista  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Ciente.

DANIEL ROBERTO CORADI DE FREITAS  
Coordenador-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

MARLI SOUZA ROCHA  
Coordenadora-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

ARISTEU DE OLIVEIRA JÚNIOR  
Coordenador da Coordenação de Estatísticas Vitais e Morbidade

AGLAËR ALVES NÓBREGA  
Chefe da Serviço de Vigilância e Verificação de Óbito

De acordo.

MÁRCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA  
Diretor do Departamento Emergências em Saúde Pública

LETICIA DE OLIVEIRA CARDOSO  
Diretora do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Silvane dos Santos Gonçalves, Bolsista**, em 13/11/2023, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Roberto Coradi de Freitas, Coordenador(a)-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde**, em 13/11/2023, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adauto Martins Soares Filho, Tecnologista**, em 14/11/2023, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andréa de Paula Lobo, Tecnologista**, em 14/11/2023, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aglaêr Alves da Nóbrega, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 14/11/2023, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aristeu de Oliveira Júnior, Coordenador(a) de Estatísticas Vitais e Morbidades**, em 14/11/2023, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marli Souza Rocha, Coordenador(a)-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas**, em 14/11/2023, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor(a) do Departamento de Emergências em Saúde Pública**, em 16/11/2023, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

10/05/2024, 12:04

SEI/MS - 0036125230 - Nota Técnica



Documento assinado eletronicamente por **Leticia de Oliveira Cardoso**, Diretor(a) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, em 06/12/2023, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0036125230** e o código CRC **77E801E3**.

Referência: Processo nº 25000.138681/2023-11

SEI nº 0036125230

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas - CGIAE  
SRTVN 701, Via WS Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda à pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.s.saude.gov.br](http://bvsm.s.saude.gov.br)

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

Governo  
Federal